



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**AVALIAÇÃO DA COMPLETITUDE DE PREENCHIMENTO DO CARTÃO DA
GESTANTE EM ÂMBITO NACIONAL**

Lívia de Rezende de Mello

Rio de Janeiro
Março de 2020



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**AVALIAÇÃO DA COMPLETITUDE DE PREENCHIMENTO DO CARTÃO DA
GESTANTE EM ÂMBITO NACIONAL**

Lívia de Rezende de Mello

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^aDr^a Daniele Marano

Orientadora: Prof^aDr^a Maria Elisabeth Lopes Moreira

Rio de Janeiro

Março de 2020

CIP - Catalogação na Publicação

de Mello, Lívia de Rezende.

Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante em âmbito nacional / Lívia de Rezende de Mello. - Rio de Janeiro, 2020. 142 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientador: Daniele Marano.

Co-orientador: Maria Elisabeth Lopes Moreira.

Bibliografia: f. 106-114

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Avaliação de Processos. 3. Avaliação em Saúde. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Revisão Sistemática. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida. E ainda por me conceder sabedoria, serenidade e especialmente força para cumprir essa etapa.

Agradeço aos meus pais que me apresentaram, desde cedo, a importância do estudo.

Agradeço ao meu esposo, Henrique Mello, por sempre estar ao meu lado, apoiando minhas escolhas e compreendendo os momentos de ausência. E especialmente, pelo incentivo nos momentos difíceis.

Ao meu filho Juninho, que com sua alegria contagiante torna tudo mais empolgante!

Agradeço também à minha orientadora Daniele Marano pela incansável ajuda e todo conhecimento compartilhado. Assim como à minha orientadora Maria Elisabeth Lopes Moreira pela grande oportunidade de dividir esse período comigo.

À Maria Auxiliadora Gomes e Marcos Augusto Bastos Dias, pelos conselhos e importantes contribuições a esta pesquisa ao longo desses dois anos e, em especial, na ocasião do meu exame de qualificação.

À Rosa Maria Domingues e Silvana Granado, pela importante contribuição e fornecimento de subsídios essenciais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Especialmente, agradeço às minhas amigas Barbara Brasil, Lilia Moraes, Raquel Fonseca e Viviane Esteves, pela grande flexibilidade e compreensão. Assim como à todos os meus colegas de trabalho.

Em especial, as mulheres que aceitaram participar da nossa pesquisa. Que este trabalho seja útil para a saúde da mulher e da criança em nosso país.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade do registro com base na completitude de preenchimento do cartão da gestante em âmbito nacional. **Métodos:** Foi realizada revisão sistemática de artigos científicos brasileiros que avaliaram a completitude de informações nos cartões da gestante nas seguintes bases de dados – Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), EMBASE e Web of Science - utilizando os descritores “avaliação em saúde” AND “cartão pré-natal” AND “gestante”. E também, para avaliar a completitude de preenchimento do cartão da gestante foram elegíveis, para esta análise, as mulheres atendidas na rede pública de saúde e que apresentaram o cartão da gestante do Ministério da Saúde, totalizando 6.577 cartões. Para avaliação da completitude sob o aspecto qualitativo, foram utilizadas variáveis relacionadas aos antecedentes clínicos e obstétricos, dados da gestação atual e resultados de exames de rotina. O preenchimento foi classificado segundo proporção de incompletude em ‘excelente’ (<5%), ‘bom’ (5% a 10%), ‘regular’ (10% a 20%), ‘ruim’ (20% a 50%), ‘muito ruim’ (incompletude > 50%) para o país e macrorregiões. Para avaliação do aspecto quantitativo (época de início e número de consultas) foi utilizado o índice de Kotelchuck. **Resultados:** Essa dissertação é apresentada sob forma de dois artigos. A revisão sistemática apresentada como primeiro artigo, identificou 43 estudos, dos quais sete foram selecionados. Para interpretação da completitude do preenchimento todos os artigos selecionaram campos do cartão de forma heterogênea e realizaram a análise de frequência relativa. No segundo artigo, a análise de preenchimento dos campos do cartão da gestante revelou média de completitude ‘ruim’ no Brasil e macrorregiões, exceto a região Sul, que apresentou resultado ‘regular’. Com base no índice de Kotelchuck, a assistência pré-natal foi adequada em 57% das gestantes. **Conclusão:** Apesar de os estudos selecionados para a revisão sistemática terem classificado o preenchimento dos cartões de forma díspare, todos foram unânimes quanto ao preenchimento insatisfatório/ruim desse instrumento em diferentes locais do Brasil. Destaca-se que o não preenchimento pode representar a não realização de uma conduta ou o subregistro da mesma, gerando impacto na continuidade do cuidado devido ao prejuízo de comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, sobretudo durante a internação. E ainda, o não preenchimento não fornece dados fidedignos para avaliação da assistência pré-natal. Portanto, é de extrema importância a valorização do preenchimento desse instrumento pelos profissionais de saúde, a fim de que condutas e tomadas de decisões sejam também pautadas com base nos procedimentos realizados ao

longo do pré-natal. O segundo artigo descreveu maior inadequação segundo critérios qualitativos, o que indica falhas no preenchimento do cartão da gestante, bem como a necessidade de melhoria da assistência pré-natal no Brasil. Além disso, é de suma importância enfatizar a necessidade do uso e preenchimento do cartão da gestante, especialmente o modelo padronizado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: Cuidado Pré-Natal; Avaliação de Processos; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Gravidez; Revisão Sistemática.

ABSTRACT

Objective: Assess the quality of register based on completeness of filling in of pregnant woman's card in national scope. **Methodology:** A systematic review of Brazilian scientific articles was accomplished, which assessed the completeness of information in pregnant woman's card in the following data base – Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (VIRTUAL HEALTH LIBRARY - BVS), EMBASE and Web of Science – using the descriptors “health assessment” AND “prenatal card” AND “pregnant women”. To assess the completeness of filling in of pregnant woman's card, were elected, for this analysis, women served by the Unified Health System who used the pregnant woman's card of ministry of health totaling 6.577 cards. For the assessment of completeness under the qualitative aspect, obstetric and clinical history-related variables were used data of current pregnancy and results of routine exams. The filling in was classified according to proportion of incompleteness in ‘excellent’ (<5%), ‘good’ (from 5% to 10%), ‘regular’ (from 10% to 20%), ‘bad’ (from 20% to 50%), ‘very bad’ (incompleteness > 50%) for the country and macro-regions. For the assessment of the quantitative aspect (start date and number of appointments) Kotelchuck index was used. **Results:** This essay is presented in the form of two articles. The systematic review presented as the first article, identified 43 studies, from which seven were selected. For interpretation of completeness of filling in, all the articles selected fields of the card in a heterogeneous way and accomplished an analysis of relative frequency. In the second article, the analysis of filling in of the fields of pregnant woman's revealed ‘bad’ completeness average in Brazil and macro-regions, except for the south region, which presented ‘regular’ result. Based on the Kotelchuck index, prenatal assistance was suitable in 57% of pregnant woman. **Conclusion:** Although the results of selected studies for the systematic review had classified the filling in of cards in a different way, all of them were unanimous regarding the filling in unsatisfactory/bad of this tool in different locations in Brazil. It is highlighted that the non-fulfillment may represent the non-accomplishment of a conduct or under-register generating impact on the continuity of care due to flawed communication amongst the different levels of health assistance, mainly during hospitalization. And yet, the non-fulfillment does not provide reliable data for prenatal assessment. Therefore, it is of extreme importance the esteem of filling in this tool by the health care professionals in order to conducts and decision-making are also ruled based on the procedures accomplished over prenatal. The second article described major discrepancy regarding

qualitative criteria, which indicates failures in the filling in of the pregnant woman's card, as well as the need for improvement of the prenatal assistance in Brazil. Beyond that, it is extremely important to emphasize the need for the usage of filling in the pregnant woman's card, especially the standardized model by the health ministry.

Keywords: Prenatal care; Process Assessment; Health Assessment; Health Care Quality; Pregnancy; Systematic Review.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática acerca da avaliação de completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil.....	p.58
---	------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis analisadas..... p. 38

ARTIGO I

Tabela 1. Síntese dos artigos que avaliaram a completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil..... p. 59

Tabela 2. Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletitude e categorização pelo escore de Romero & Cunha p. 64

ARTIGO II

Tabela 1. Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante, segundo macrorregião, 2011-2012 p. 95

Tabela 2. Avaliação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck, segundo macrorregião, 2011-2012 p. 98

LISTA DE SIGLAS

BPN	Baixo Peso ao Nascer
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNISS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVO GERAL	18
4	OBJETIVO ESPECÍFICO	18
5	REFERENCIAL TEÓRICO	19
5.1	MARCO LEGAL.....	19
5.2	CARTÃO DA GESTANTE.....	20
5.3	DEFINIÇÃO DE DADO, INFORMAÇÃO E INDICADOR.....	21
5.4	INFORMAÇÃO EM SAÚDE: ELEMENTO ESTRATÉGICO PARA A GESTÃO.....	22
5.5	INFORMAÇÃO EM SAÚDE MATERNOINFANTIL.....	23
5.6	COMPLETITUDE.....	24
5.7	AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	26
6	HIPÓTESE	32
7	MÉTODOS	33
7.1	ARTIGO 1	33
7.1.2	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	33
7.1.3	COLETA DE DADOS	33
7.1.4	AMOSTRA.....	33
7.1.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	33
7.2	ARTIGO 2	34
7.2.1	ESTUDO PRINCIPAL	34
7.2.1.1	DESCRIÇÃO DO ESTUDO PRINCIPAL	34
7.2.1.2	DESENHO DO ESTUDO PRINCIPAL	34
7.2.1.3	CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE DO ESTUDO PRINCIPAL	35
7.2.1.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO ESTUDO PRINCIPAL	36
7.2.1.5	AMOSTRA DO ESTUDO PRINCIPAL.....	37
7.2.1.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA DO ESTUDO PRINCIPAL.....	37
7.2.2	PRESENTE ESTUDO	37
7.2.2.1	CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE.....	37
7.2.2.2	COLETA DE DADOS	38
7.2.2.3	AMOSTRA	38

7.2.2.4 VARIÁVEIS SEGUNDO FONTES DE INFORMAÇÃO	38
7.2.2.4.1 CARTÃO DA GESTANTE	38
7.2.2.4.2 PRONTUÁRIO E ENTREVISTA COM A PUÉRPERA	39
7.2.2.4.3 VARIÁVEIS SEGUNDO MACRORREGIÕES	40
7.2.2.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
7.2.2.5.1 CRITÉRIO QUALITATIVO.....	40
7.2.2.5.2 CRITÉRIO QUANTITATIVO.....	41
7.2.2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
8 RESULTADOS.....	43
8.1 ARTIGO 1.....	43
8.2 ARTIGO 2.....	81
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS GERAIS.....	106
ANEXOS.....	115

1. INTRODUÇÃO

O cartão da gestante fornece parâmetros essenciais de avaliação da qualidade da assistência pré-natal, pois permite a avaliação do cumprimento da agenda de exames, consultas e procedimentos pela análise de preenchimento dos campos do cartão. Além disso, é um instrumento que perpassa todos os atendimentos e facilita a continuidade do cuidado, por favorecer a comunicação entre os profissionais e os serviços de saúde envolvidos na assistência à mulher, contribuindo para a continuidade da assistência, além de servir como importante fonte de dados para levantamento (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), através dos Manuais Técnicos de Atenção ao Pré-Natal, preconiza o uso do cartão da gestante para registro de condutas realizadas a cada atendimento, e pontua como condições para uma assistência pré-natal efetiva o fornecimento e o preenchimento deste instrumento, bem como o cadastramento no sistema Sisprenatal imediatamente após a confirmação da gravidez (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000; BRASIL 2005; BRASIL, 2012).

Ao longo dos anos, o investimento em políticas de melhoria do pré-natal que visam a qualidade da assistência prestada e acesso ao serviço de saúde acarretou aumento da cobertura do pré-natal (BRASIL, 2012). Todavia, inúmeros estudos demonstraram que a qualidade da assistência prestada ainda está aquém do esperado (DOMINGUES, et al., 2012; SANTOS NETO, et al., 2012; POLGLIANE, et al., 2014). Em 2000, o MS implementou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo principal de qualificar a assistência no ciclo gravídico-puerperal através do estabelecimento de ações essenciais a serem realizadas em todo território nacional e adaptadas à necessidade de cada localidade (BRASIL, 2002). O estudo conduzido por Domingues et al., (2012), no município do Rio de Janeiro, observou adequação de apenas 38,5% da assistência pré-natal segundo essas ações essenciais, recomendadas pelo PHPN. Esse nível declinou para 33,3%, quando foram observadas demais práticas consideradas benéficas para os desfechos perinatais contidas nos manuais técnicos do Ministério da Saúde.

Através dessas ações essenciais, considerada o pacote mínimo de serviços a ser oferecido, o PHPN possibilita a avaliação da assistência pré-natal de forma qualitativa através da observação de aspectos de conteúdo da assistência prestada (BRASIL, 2002). Além dessa análise qualitativa, diversos estudos realizam a avaliação da assistência

pré-natal de forma quantitativa, utilizando critérios já estabelecidos na literatura, tal como o índice de Kotelchuck que mensura a época de início do acompanhamento e o número de consultas ofertadas no pré-natal, corrigidas para a idade gestacional no nascimento (GREG & KOTELCHUCK, 1996).

Para avaliação em saúde, a literatura tem utilizado diversas dimensões da qualidade. Dentre essas, as mais utilizadas são: a completitude, a confiabilidade, a validade e a cobertura (CORREIA, et al., 2014). A completitude é compreendida como “o grau em que os registros de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) possuem valores não nulos” (LIMA, et al., 2009, p. 2096), sendo resultante da inclusão de todos os dados necessários para responder a uma questão de determinado problema. A valorização dessa dimensão é essencial para o conhecimento da potencialidade epidemiológica do sistema ou do documento analisado. Ressalta-se que as demais dimensões da qualidade, que retratam a qualidade e a pertinência das informações produzidas, podem estar comprometidas quando a completitude não é valorizada (ROMERO & CUNHA, 2006; ROMERO & CUNHA, 2007).

Santos Neto et al. (2012) avaliaram a completitude de 1006 cartões e concluíram que o preenchimento das informações registradas no cartão da gestante foi ruim (20 e 49%) de acordo com o escore desenvolvido por Romero & Cunha (2006). Corroborando a este resultado, diversos estudos têm demonstrado que informações que deveriam estar preenchidas no cartão da gestante ainda estão incompletas ou dispersas, dificultando a localização (ZAGO, 2008; CRISTOFARO, 2017; SANTOS, et al., 2017).

O Caderno de Atenção Básica “Atenção ao Pré-Natal de baixo Risco” (BRASIL, 2012) reitera a importância da qualidade do preenchimento do cartão da gestante para o bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, e orienta que o cartão deva sempre estar de posse da gestante para retratar o acompanhamento durante esse período. Tal orientação visa evitar que alguma conduta seja negligenciada ou repetida desnecessariamente, o que poderia gerar risco à saúde da mulher e da criança (SANTOS NETO, 2012).

O estudo conduzido por Cristofaro (2017) utilizou o cartão da gestante para realizar uma comparação entre adequação da assistência na perspectiva da avaliação quantitativa versus qualitativa. Os autores observaram adequação da assistência do pré-natal em 89,5% utilizando o índice de Kotelchuck (1996), que aborda aspectos quantitativos, enquanto apenas 22% dos cartões apresentaram adequação do pré-natal

quando foram observados os critérios qualitativos, analisando o conteúdo da assistência conforme proposta do PHPN e aplicado o escore de Romero & Cunha (ROMERO & CUNHA, 2006).

Além da disparidade em relação aos métodos empregados para avaliação da assistência pré-natal (qualitativo x quantitativo), também se observa discordância de acordo com as fontes de pagamento do serviço pré-natal - público ou privado (BRASIL, 2012; COIMBRA, et al., 2003) e entre a região de residência – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste (BRASIL, 2012; ANJOS & BOING, 2013). A publicação anual do MS, que apresenta a análise dos principais problemas e eventos relacionados à saúde do povo brasileiro, trouxe destaque à Vigilância da Saúde da Mulher no Brasil na sua edição que compreendeu período de análise entre 2000 até 2010 e comprovou desigualdades da assistência pré-natal de acordo com a região do país analisada, além de diferenças de acordo com a fonte de pagamento como elevadas taxas de cesariana em hospitais privados. E ainda, entre as instituições de saúde do sistema público, foram identificadas diferenças regionais quando observada a taxa de cesariana segundo regiões do país, sendo as menores taxas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, e ainda o destaque para o aumento da taxa nas regiões Norte e Nordeste -38,0% em 2000 para 52,3% em 2010 (BRASIL, 2012).

Corroborando a esse estudo, Coimbra et al. (2003) observaram que as mulheres atendidas em hospitais públicos tiveram maior inadequação da assistência pré-natal em relação às atendidas na rede privada. Sobre as desigualdades de acordo com as regiões do país, Anjos & Boing (2013) observaram que a chance de realizar sete ou mais consultas de pré-natal foi maior entre as gestantes que residiam nas regiões Sul (74,7%) e Sudeste (73,0%) em relação às gestantes atendidas nas regiões Norte (42,3%) e Nordeste (51,2%). Dado que o cartão da gestante é uma das fontes de dados que viabiliza a avaliação da assistência pré-natal, é de extrema importância que as informações contidas nesse instrumento sejam valorizadas de modo a otimizar o processo decisório e, especialmente, possa retratar a realidade da assistência pré-natal na população atendida. Dessa forma, o registro confiável favorece o cumprimento de alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a saber: Utilização da epidemiologia para elencar prioridades, Direito à informação sobre a própria saúde e Equidade (BRASIL, 1990), além do alcance das Diretrizes de Coordenação do Cuidado e longitudinalidade previstos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que a disparidade em relação ao emprego de métodos que avaliam diferentes aspectos da assistência pré-natal sugere uma reflexão sobre o método que será empregado para o planejamento de políticas em saúde pública materno-infantil. Além disso, reitera a necessidade de valorização do preenchimento adequado de modo completo e organizado de sistemas e documentos oficiais por parte do profissional de saúde, para que sejam confiáveis e viabilizem esse planejamento.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade do registro com base na completitude de preenchimento do cartão da gestante, em âmbito nacional.

2. JUSTIFICATIVA

O ato de preencher sistemas ou instrumentos tem papel primordial na garantia de alguns princípios, como a Integralidade da Assistência, o Direito à Informação e a Utilização da Epidemiologia. O profissional que atende ao usuário do SUS tem papel fundamental no processo de garantia desses princípios, por exemplo, através do uso adequado de instrumentos (como o cartão da gestante) que consolidam eixos norteadores para a assistência à saúde da mulher.

O cartão da gestante é o único documento que acompanha a mulher por toda gestação. O que se observa em resultados de alguns estudos brasileiros é que o seu preenchimento é muitas vezes negligenciado pelos profissionais de saúde, favorecendo a repetição de condutas ou mesmo a não realização das mesmas, levando a fragilização da continuidade da assistência entre os níveis de atenção à saúde. Ressalta-se que a negligência por parte dos profissionais pode diferir em relação à região geográfica do país e/ou pelas fontes de pagamento.

Além desse cenário, também se observa que os estudos que se detiveram na avaliação do cartão da gestante verificaram diferentes critérios em relação ao conteúdo da assistência, do acesso e do número de consultas que dificultaram a comparação dos achados. Ademais, os estudos, em sua grande maioria, se detiveram em avaliações locais, não avaliando o panorama da qualidade da assistência pré-natal na perspectiva do cartão da gestante, considerando dados nacionais.

O presente estudo avaliará os dados de uma pesquisa de abrangência nacional propiciando o conhecimento acerca da assistência pré-natal em todo o Brasil. A avaliação de dados de repercussão nacional vai ao encontro da missão do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF-Fiocruz de se consolidar nacionalmente como referência na produção de conhecimento e fortalecimento do SUS.

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade do registro com base na completitude de preenchimento do cartão da gestante em âmbito nacional.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão sistemática de estudos que se detiveram na avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil.
- Avaliar em âmbito nacional, a completitude de preenchimento do cartão da gestante em modelo padronizado pelo Ministério da Saúde, segundo as macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste);
- Comparar avaliação do aspecto qualitativo, segundo recomendações do MS, com a avaliação do aspecto quantitativo pelo índice de Kotelchuck.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 MARCO LEGAL

A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconhece a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado. E também a Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, efetiva o direito constitucional à saúde se pautando em princípios como universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde e equidade (BRASIL, 1990).

Tendo em vista a magnitude dos problemas - como mortalidade materna e doenças sexualmente transmissíveis - relacionados à saúde da mulher no Brasil, o MS implantou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa funcionou como estratégia para atenção à saúde reprodutiva da mulher com enfoque multiprofissional, atenção integral clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, parto e puerpério, além da abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, o controle das infecções transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção, com foco na humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres (OSIS, 1998).

Decorridos alguns anos da implementação do PAISM, observou-se ainda que o Brasil não alcançou as metas de redução das taxas de mortalidade materna e perinatal (PNUD, 2015; SOUZA, 2015). E ainda, o estudo de Malta et al. (2010) conclui que a maioria dos óbitos maternos por causas obstétricas, no período que compreendeu 1997 a 2006, eram considerados evitáveis. Em meio a esse cenário, no ano 2000, o MS implantou em todo o território brasileiro o PHPN baseado em protocolos internacionais adaptados às recomendações mínimas da realidade de saúde pública nacional (BRASIL, 2002).

Através do PHPN foi estabelecido protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária em todo o país, a fim de ampliar e melhorar a qualidade e acesso às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes, recém-nascidos e puérperas (POLIDO, 2010).

Diante da grande dimensão territorial do Brasil e diversidade populacional, a sistematização da informação em saúde é essencial para a construção do conhecimento sobre a realidade da população com a finalidade de gestão, vigilância e atenção à saúde

(BRASIL, 1990). Para o alcance da sistematização, o PHPN traz como instrumento de gestão o sistema de informação Sis prenatal que disponibiliza planilhas semanais e fichas de cadastros para que as informações do pré-natal sejam inseridas e monitoradas, servindo também como ferramenta de busca para estudos na área da saúde. Ressalta-se que qualquer entrave na transcrição de dados do acompanhamento da gestação do cartão da gestante para a planilha e desta para o sistema pode resultar em informação incompleta ou incorreta (ANDREUCCI & CECATTI, 2011).

Ainda com o intuito de qualificar os serviços ofertados pelo SUS às mulheres, o governo federal instituiu a Rede Cegonha, através da Portaria de nº 1.459 de 24 de Junho de 2011, que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no Brasil desde a década de oitenta, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, entre outros (BRASIL, 2013).

Essa estratégia tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil, promover a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento e organizar a rede de atenção à saúde da mulher, desde a confirmação da gravidez até o parto, com a finalidade de garantir a vinculação da gestante à unidade onde será realizado o parto, acesso ao planejamento familiar, atenção à saúde das crianças até dois anos de vida, a fim de promover o acesso, acolhimento e resolutividade através da qualificação dos serviços ofertados pelo SUS (BRASIL, 2013).

5.2 CARTÃO DA GESTANTE

O cartão da gestante é preconizado como instrumento de registro pelo MS desde o Manual de Assistência Pré-natal divulgado em 1988 (BRASIL, 1988), e ainda hoje os últimos manuais publicados pelo MS reforçam a importância deste instrumento (BRASIL 2000; BRASIL 2005; BRASIL 2012). O MS reitera a valorização do uso do cartão através do PHPN por agregar informações que contemplam o elenco mínimo de procedimentos da assistência pré-natal (BRASIL, 2002).

Este instrumento deverá conter registros do profissional de saúde em relação ao estado de saúde da gestante, ao crescimento do bebê e aos resultados dos exames solicitados para conhecimento da própria mulher e para comunicação entre os serviços de saúde, garantindo assim o cumprimento do princípio do SUS de Direito à informação às

pessoas assistidas sobre sua saúde e em cumprimento às diretrizes de Coordenação do Cuidado e Longitudinalidade previstos pela PNAB (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017).

Além disso, o cartão é um importante instrumento para a garantia do sistema de referência e contrarreferência que é preconizado pelo MS para estabelecimento de uma assistência pré-natal efetiva. A mulher deverá sempre portar o cartão e o profissional deverá verificar e atualizar em todos os atendimentos (durante qualquer atendimento na gestação e no momento do parto) para favorecer a comunicação entre os profissionais que realizam a assistência pré-natal, prioritariamente médicos e enfermeiros da atenção básica, e os profissionais que realizam o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério nas unidades de média e alta complexidade. Deve-se assegurar, também, o retorno da gestante à unidade básica de origem, de posse de todas as informações necessárias para o seu seguimento (BRASIL, 2012). No entanto, Costa et al., (2009) observaram que normalmente as informações relacionadas ao atendimento na unidade de referência não estavam registradas e foram fornecidas pela própria gestante.

Dessa forma, apesar da importância do cartão da gestante foi observada a desvalorização de seu preenchimento em diversos estudos (ZAGO, 2008; SANTOS NETO, 2012; SANTOS ET AL. 2017). A não utilização dos dados do cartão pelas unidades de atendimento dificulta o cumprimento da integralidade e também não garante a continuidade do cuidado, o que resulta risco tanto para mulher quanto para a criança (BRASIL, 2017).

Com base neste entendimento, pode-se delinear que o cartão da gestante, se for adequadamente preenchido, fornecerá dados e informações para formulação de indicadores em saúde que permitam subsidiar processos de vigilância e atenção à saúde fundamentais à organização e planejamento dos serviços pré-natais.

5.3 DEFINIÇÃO DE DADO, INFORMAÇÃO E INDICADOR

No contexto da avaliação em saúde, se faz necessária a clareza da definição de dado, informação e indicador.

De acordo com o texto básico 'Gestão Municipal de Saúde' (BRASIL, 2001), dado é compreendido como a base para gerar informações. Trata-se de qualquer elemento quantitativo ou qualitativo na sua forma bruta, ou seja, não falam por si e não conduzem à compreensão de determinado fato ou situação. Para gerar a informação é preciso o processamento do dado, relacionando os fatos descritos a fim de encontrar significado

naquele fato ou situação. O processo de produção da informação compreende a análise dos dados obtidos devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados (BRASIL, 2001). Indicador é gerado a partir da escolha por determinado fato ou situação, por referência pessoal de quem o criou. Pode ser uma representação quantitativa ou qualitativa com objetivo de elaborar conhecimento sobre tal fato ou situação.

Para evitar a disseminação de equívocos este processo deve ser criterioso com extrema atenção na escolha dos dados, pois tem o objetivo de transmitir conhecimento e favorecer a análise do fato ou situação em foco, revelando a situação de saúde e favorecendo ações concretas e resolutivas aos problemas de saúde encontrados (BRASIL, 2001; PEREIRA & LIMA, 2008).

5.4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE: ELEMENTO ESTRATÉGICO PARA A GESTÃO

A informação em saúde é essencial para a tomada de decisão e envolve tanto questões relativas ao processo saúde/doença quanto questões de caráter administrativo. É produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento (BRASIL, 2001; PEREIRA & LIMA, 2008).

A extensa dimensão territorial do Brasil e a grande desigualdade socioeconômica encontrada acentua a necessidade de informações precisas, completas e oportunas de natureza epidemiológica para planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde (ROMERO & CUNHA, 2007). Em consonância com esta afirmação, o MS reconheceu na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, que para o alcance do princípio da equidade descrito no SUS era necessário que os gestores estivessem cientes das desigualdades para realizar ações ideais para cada necessidade, corrigindo as disparidades. Portanto, a informação adequada e bem empregada é um dos componentes principais para avaliação e monitoramento dessas desigualdades, da qualidade e da humanização dos serviços de saúde, assim como para o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS (ROMERO & CUNHA, 2006) bem como para o cumprimento do princípio de 'Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática' previsto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre o SUS (BRASIL, 1990).

Em sintonia com este consenso, o MS publicou, em 2016, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) com o objetivo de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social através da produção, utilização e sistematização da informação em saúde com finalidades de gestão, vigilância e atenção à saúde, visando beneficiar usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada (BRASIL, 2016).

5.5 INFORMAÇÃO EM SAÚDE MATERNOINFANTIL

Apesar do senso comum da importância em otimizar a informação para planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde e favorecimento da tomada de decisão, os gestores comumente se deparam com informações inadequadas, dispersas, de difícil localização, atrasadas ou não confiáveis (BRASIL, 2001; PEREIRA & LIMA, 2008). Esta situação foi observada em alguns estudos que analisaram a qualidade de registros em sistemas de informação no Brasil (COSTA & FRIAS, 2009; SILVEIRA & SANTOS, 2004; MALHÃO et al., 2010; SILVESTRIN et al., 2018) e também registros nos instrumentos padronizados pelo MS, como o cartão da gestante (CARVALHO et al., 2004; SANTOS NETO et al., 2012; COELHO et al., 2015).

Grande parte das informações em saúde no Brasil são disponibilizadas pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Os principais sistemas de informação disponíveis pelo MS para a área de saúde materno-infantil são o Sispre-natal, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). No entanto, o uso destas informações precisa ser criterioso e considerar as fragilidades dos sistemas, pois é primordial a garantia da qualidade da informação para a programação do processo de gestão, vigilância e atenção à saúde a partir das informações disponibilizadas (LIMA, 2010).

Em relação ao pré-natal, o DATASUS disponibiliza o software Sispre-natal que permite que cada município disponibilize informações a partir do elenco mínimo de procedimentos proposto pelo PHPN que traduzem o cuidado à gestante em todo território nacional e permitem o repasse do incentivo financeiro aos municípios. Além disso, fornece informações fundamentais para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelo programa (GRANGEIRO et al., 2008; POLIDO, 2010).

No entanto, pesquisa descritiva e documental abordando indicadores de processo da assistência pré-natal em Quixadá-CE conduzida por Grangeiro et al. (2008) nos primeiros anos do PHPN, indicou a necessidade de melhor utilização do Sis prenatal tendo em vista que entre os anos de 2002 a 2004 o cumprimento dos indicadores observados foi abaixo do recomendado pelo MS, a saber: seis consultas (2,6%), todos os exames básicos (5,68%) e teste anti-HIV, imunização antitetânica e consulta puerperal (21,11%).

Dessa forma, a observação da baixa qualidade da informação registrada no Sis prenatal e no cartão da gestante reitera a necessidade de valorização do adequado preenchimento das informações para que de fato, reflitam a saúde da população atendida.

5.6 COMPLETITUDE

A qualidade vista na dimensão da completitude é compreendida como o grau em que os registros possuem valores não nulos, sendo essencial para garantia de qualidade de informação em saúde, pois dados incompletos inviabilizam a avaliação de outras dimensões de qualidade como a consistência (ROMERO & CUNHA, 2006; CORREIA et al., 2014; CRISTOFARO, 2017).

Em 2006, Romero & Cunha, realizaram um estudo com objetivo de avaliar a qualidade da informação socioeconômica e demográfica do SIM em cada Unidade Federada no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2001, através do uso de indicadores de qualidade: acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica, consistência e incompletitude. As autoras observaram que foram tão elevados o grau de incompletitude de preenchimento que não foi possível o uso da maioria das variáveis socioeconômicas, de riscos reprodutivos, de resultados da gestação e de assistência médica dos óbitos registrados no SIM, assim como também foi limitada a análise de consistência devido a incompletitude (ROMERO & CUNHA, 2006).

Com base nos resultados do estudo citado, Romero & Cunha (2006) propuseram a frequência relativa (total de ausência de preenchimento de cada campo contido no cartão de pré-natal pelo número total de cartões avaliados), e posterior categorização da completitude, a saber: Excelente (incompletude < 5%), Bom (incompletude de 5% a 10%), Regular (incompletude de 10% a 20%), Ruim (incompletude de 20% a 50%), Muito Ruim (incompletude > 50%). Desde então este escore vem sendo adotado pela literatura para avaliação dessa dimensão (CARVALHO et al. 2004; CARRILHO, 2014; SANTOS et al. 2017).

Visando revisar a literatura referente aos métodos aplicados para avaliar a completitude dos dados em Sistemas de Informação em Saúde do Brasil, Correia et al. (2014) revisaram estudos, publicados entre 2004 e 2014, que se detiveram no monitoramento e avaliação da completitude. Foram localizados 19 estudos que avaliaram a completitude publicados entre 2005 e 2012, dos quais 15 verificaram exclusivamente a completitude. Os autores observaram que o termo completitude foi o mais usado para definir essa dimensão e o escore de Romero & Cunha (2006) foi o método de avaliação mais frequente.

Em relação a assistência pré-natal na rede privada, Carvalho et al. (2004), em estudo descritivo, analisaram 44 cartões da gestante de mulheres durante a internação no alojamento conjunto em maternidade privada do município de São Paulo em 2001. A frequência relativa foi utilizada para a avaliação, e apesar do pequeno tamanho amostral, os autores concluíram que os registros nos cartões de pré-natal não foram satisfatórios e não se constituíram como fonte de informações para a assistência no período gravídico-puerperal.

Zago (2008) em estudo transversal também observou preenchimento incompleto de 115 cartões de gestantes (17 que realizaram o pré-natal na rede privada, 96 pelo SUS e duas foram acompanhadas no SUS e na rede privada) atendidas em maternidade da rede pública de Florianópolis.

E também, o estudo transversal de Santos Neto et al. (2012) analisou em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS na região Metropolitana da Grande Vitória 1006 cartões de mulheres na ocasião do parto visando avaliar a completitude de registros nos cartões de gestantes. Para categorizar o grau de completitude, esse estudo também utilizou o escore de Romero & Cunha (2006) observando incompletitude acima de 20% (classificação ruim). Os autores concluíram que embora a ausência de registro não signifique exatamente a ausência de realização de procedimentos pré-natais, de um modo geral os serviços de assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória avaliados por meio dos cartões de gestantes foram ruins ou muito ruins.

Em sua dissertação Carrilho (2014) utilizou a frequência relativa para avaliação da completitude de preenchimento da rotina de pré-natal no cartão da gestante. A população de estudo compreendeu 214 puérperas admitidas na ocasião do parto em dois hospitais universitários de Belo Horizonte, no período de outubro de 2012 a janeiro de

2013. A autora também evidenciou incompletude de informações importantes, variando de 3,2 a 95,7% conforme variável analisada.

Coelho et al. (2015) realizaram um estudo com 81 puérperas atendidas na rede pública de saúde do Rio Grande do Norte e se detiveram na avaliação do grau de completude do preenchimento do cartão da gestante utilizando o escore proposto por Romero & Cunha (2006). Foi observado que 80,2% dos cartões obtiveram escore ruim e nenhum cartão obteve escore excelente ou bom. Os autores sugeriram a necessidade de educação continuada visando a valorização da qualidade dos registros em saúde, tendo em vista que o baixo índice de completude indica que muitos procedimentos inerentes ao cuidado pré-natal estão deixando de ser realizados ou deixando de ser registrados, acarretando na fragilização, negligência ou repetição desnecessária do cuidado.

Cristofaro (2017) avaliou, em estudo transversal, a assistência pré-natal através da observação da completude de preenchimento do cartão da gestante de 805 mulheres no município do Rio de Janeiro no período de janeiro a maio de 2017. O estudo concluiu que o preenchimento dos dados nos cartões avaliados revelou incompletude de 78% (classificação 'muito ruim' pelo escore do Romero & Cunha (2006)).

O estudo transversal conduzido por Santos et al. (2017) avaliou, através de frequência relativa, os registros realizados em 241 cartões das gestantes pelos profissionais de saúde durante o atendimento pré-natal em maternidade da rede pública em Teresina-PI, entre outubro e novembro de 2014. Os autores classificaram o preenchimento do cartão como insatisfatório e incompleto, além de terem observado uma assistência unilateral com registros realizados apenas por enfermeiros em uma proposta de atendimento multiprofissional.

A incompletude revelada pela literatura reitera a necessidade de padronização de uso e valorização de preenchimento do cartão da gestante pela equipe de saúde tendo em vista a importância da validade da informação para avaliação e planejamento.

Dessa forma, se a completude não for levada em consideração, o conhecimento gerado com base nesses dados pode não representar adequadamente a realidade da população, além de fragilizar o vínculo da mulher com o serviço de saúde e também desfavorecer o cumprimento dos princípios do SUS.

5.7 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Apesar de a gestação ser um processo fisiológico e na maioria das vezes transcorrer sem intercorrência, os profissionais na assistência pré-natal precisam ter uma escuta qualificada e incluir ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico e tratamento adequado às intercorrências que eventualmente venham a ocorrer neste período, atentando para as especificidades de cada mulher (LEAL et al., 2004; NUNES, 2015).

A adequada assistência pré-natal exerce efeito protetor sobre desfechos negativos, conforme observado por estudo ecológico que se utilizou de série temporal dos óbitos de menores de um ano de idade ocorridos no Brasil, no período de 1997 a 2006, e concluiu que houve redução de todas as mortes evitáveis, exceto daquelas relacionadas à inadequada atenção pré-natal (MALTA et al., 2010). Em um cenário recente, Domingues et al. (2015) descreveram associação positiva entre óbitos perinatais evitáveis e a qualidade da assistência prestada. Corroborando a esses achados sobre a avaliação da assistência pré-natal, Saavedra & Cesar (2015, p.1004) afirmam: “Estima-se que um quarto dos óbitos infantis e todos os óbitos maternos decorram da ausência da oferta de pré-natal adequado”.

A necessidade da qualificação da assistência está em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) previstos na agenda 2030 pactuado pela Organização das Nações Unidas (ONU), onde é descrito o objetivo de reduzir, entre 2016 e 2030, a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (PNUD, 2015). Tal objetivo evidencia a necessidade de aprimoramento da assistência pré-natal.

Para a avaliação da assistência pré-natal, é descrito pela literatura a utilização de diversas fontes de dados (sistemas de informação em saúde, entrevista com puérperas, análise de prontuário de acompanhamento gestacional, cartões de gestante ou a combinação de fontes) gerando resultados díspares em relação à concordância dos instrumentos e, assim, influenciando na análise da assistência pré-natal (ANDREUCCI et al., 2011; SANTOS NETO et al., 2012; BARRETO & ALBUQUERQUE, 2012; POLGLIANE et al., 2014).

Disparidades também são observadas quando a assistência pré-natal é avaliada segundo fontes de pagamento (público ou privado) ou características geográficas. Estudo conduzido por Coimbra et al. (2003) descreveu que a assistência pré-natal esteve intimamente relacionada com características socioeconômicas, como a alta escolaridade da mãe e a realização da assistência fora dos serviços públicos de saúde, destacando em

seus resultados que as mulheres atendidas em hospitais públicos tiveram maior inadequação da assistência pré-natal em relação às atendidas na rede privada. Corroborando a esse resultado, e ainda trazendo as discrepâncias regionais em um panorama nacional o compilado de artigos intitulado “Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher” (BRASIL, 2012) demonstrou elevadas taxas de cesarianas nos hospitais privados e, dentre os públicos descreveu que a cesariana foi mais frequente nos hospitais federais e estaduais, e ainda descreve diferença regional sendo as maiores taxas de cesariana nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Em 2013, as desigualdades da assistência pré-natal nas diversas regiões do Brasil foram avaliadas por Anjos et al. (2013), que identificaram expressiva desigualdade regional na prevalência de gestantes com sete ou mais consultas pré-natal, dado que a chance de realizar 7 ou mais consultas pré-natal foi maior entre as gestantes que residiam nas regiões Sul e Sudeste (enquanto as regiões Sul e Sudeste tiveram 74,7 e 73,0%, respectivamente, de gestantes com 7 ou mais consultas pré-natal, nas regiões Norte e Nordeste essas proporções foram de 42,3 e 51,2%).

Ademais, para a avaliação da assistência pré-natal inúmeros critérios podem ser aplicados. De acordo com Silveira & Santos (2004, p.1161): “para o estudo da adequação do cuidado pré-natal, evidenciam-se dois grupos distintos: os de utilização ou quantitativos; e os de conteúdo ou de processo ou qualitativos”. Resultados discrepantes são observados quando aplicados os diferentes critérios quantitativos ou qualitativos (DOMINGUES et al. 2012; SAAVEDRA & CESAR, 2015; CRISTOFARO, 2017). Dentre esses critérios, se destacam a padronização definida pelo índice de Kotelchuck (GREG & KOTELCHUCK, 1996), PHPN (BRASIL, 2002), entre outros (SAAVEDRA & CESAR, 2015).

O índice de Kotelchuck (1996) avalia aspectos de acesso à assistência pré-natal e fornece parâmetros quantitativos para avaliação da assistência prestada. Os critérios utilizados são o número de consultas pré-natal realizadas, baseadas no mês de início do pré-natal e na proporção entre consultas realizadas e o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento. A partir do parâmetro de realização de seis consultas em uma gestação a termo, a classificação do pré-natal é obtida da seguinte forma:

- Inadequado: atribuído às puérperas que iniciaram o acompanhamento pré-natal depois do quarto mês e realizaram menos de 50% das consultas esperadas para a idade gestacional.
- Intermediário: atribuído às puérperas que iniciaram acompanhamento pré-natal antes ou durante o quarto mês e realizaram entre 50 e 79% das consultas esperadas para a idade gestacional.
- Adequado: atribuído às puérperas que iniciaram o acompanhamento pré-natal antes ou durante o quarto mês e realizaram entre 80% e 109% das consultas esperadas para a idade gestacional.
- Mais que adequado: atribuído às puérperas que iniciaram o acompanhamento pré-natal antes ou durante o quarto mês e realizaram 110% ou mais das consultas esperadas para a idade gestacional.

Em uma revisão sistemática conduzida por Silveira & Santos (2004) foi observado que o índice de Kotelchuck (1996) foi o método mais empregado nos estudos selecionados para avaliar associação entre adequação do pré-natal e peso ao nascer, tendo encontrado associação significativa. Em relação aos métodos empregados para avaliar assistência, foi observado que dentre os 25 estudos selecionados somente dois utilizaram indicadores qualitativos (que avaliavam o conteúdo da assistência), mas esses foram díspares por terem sido definidos por critérios próprios. Esse resultado evidencia a escassez de estudos, na época da publicação dos artigos, que incluíam aspectos do conteúdo do cuidado pré-natal (SILVEIRA & SANTOS, 2004). Cabe ressaltar que tal achado pode ser elucidado pelo fato de que o PHPN (BRASIL, 2002) foi lançado pelo MS em 2000 e os artigos selecionados foram publicados, em sua maioria, anteriormente a essa data.

O PHPN também traz indicadores de acesso/quantitativo que classifica como adequado todo acompanhamento pré-natal iniciado até o quarto mês de gestação com seis consultas ou mais (uma consulta realizada no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro trimestre). Além desses critérios o PHPN propõe avaliação do conteúdo da assistência, pelo uso de critérios qualitativos, através da análise dos eixos norteadores para uma adequada assistência pré-natal às gestantes de baixo risco descritos a seguir (BRASIL, 2002):

- Realização dos seguintes exames laboratoriais na primeira consulta: tipagem sanguínea, dosagem de hemoglobina (Hg)/hematócrito (Ht), glicemia, VDRL, anti-HIV e exame de urina (EAS)

- Exames solicitados no início do terceiro trimestre gestacional: VDRL, glicemia e EAS
- Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas
- Realização de atividades educativas
- Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes
- Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco
- Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento

Estudo realizado por Coutinho et al. (2003) observou o cartão da gestante logo após o lançamento do PHPN objetivando avaliar adequação do pré-natal norteados por essa política. Os autores concluíram que a adequação do processo foi de apenas 1,9% quando avaliados o PHPN mesmo tendo sido observada cobertura pré-natal superior a 99% e média de 6,4 consultas por paciente.

Baseando-se nos eixos norteadores do PHPN com o acréscimo da observação de exames clínicos, suplementação de ferro e participação em atividades educativas, o estudo conduzido por Domingues et al. (2012) avaliou a adequação da assistência pré-natal de 2422 gestantes atendidas na rede do SUS no município do Rio de Janeiro, entre 2007 e 2008. Foi observado adequação da qualidade de apenas 38,5% dos cartões de pré-natal considerando o PHPN e 33,3% para o PHPN ampliado. Diante desses resultados, foi observado que apesar do aumento da cobertura pré-natal, o resultado desfavorável nos aspectos qualitativos da assistência pode explicar a persistência de resultados perinatais negativos.

Na perspectiva da observação dos diferentes critérios de avaliação, estudo transversal realizado em 2015 avaliou a inadequação do pré-natal entre 2395 puérperas residentes no Rio Grande do Sul (SAAVEDRA & CESAR, 2015). Foi observado que a maioria das avaliações da assistência pré-natal no Brasil se limitaram à contagem do número de consultas realizadas, com especial interesse na proporção daquelas que completam pelo menos seis consultas, número mínimo recomendado pelo MS, deixando de observar aspectos qualitativos da assistência pré-natal advindos do uso do PHPN.

Os aspectos qualitativos e quantitativos foram demonstrados em estudo transversal recente no município do Rio de Janeiro conduzido por Cristofaro (2017), que objetivou avaliar a assistência pré-natal através da observação da completitude de preenchimento do cartão da gestante de 805 mulheres utilizando o índice de Kotelchuck e os parâmetros propostos pelo PHPN. Foi observado que a assistência pré-natal utilizando o índice de Kotelchuk foi adequada em 89,5% dos cartões avaliados, todavia, apenas 22% dos cartões foram considerados adequados segundo o PHPN. E ainda revelou taxa de incompletitude de preenchimento do cartão da gestante muito elevada. A autora destaca que “Embora a ausência de registro não signifique exatamente a ausência de realização dos procedimentos no pré-natal, a ausência de informações pode prejudicar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, sobretudo durante a internação.” (CRISTOFARO, 2017, p. 06)

Dessa forma, é de suma importância o preenchimento do cartão da gestante para atender os critérios mínimos estabelecidos pelo PHPN que traz medidas que asseguram a melhoria do acesso, cobertura e da qualidade do acompanhamento, propondo eixos estruturadores para a assistência, visando a qualificação do pré-natal (BRASIL, 2002).

Ainda assim, a literatura revela inadequação da assistência pré-natal na perspectiva do cartão da gestante (SANTOS NETO, 2012; SANTOS et al., 2017; CRISTOFARO, 2017), reafirmando a importância de uso e padronização de preenchimento desse instrumento, além do estabelecimento de ações em saúde para qualificação da assistência pré-natal.

6. HIPÓTESE

O preenchimento do cartão da gestante em âmbito nacional é realizado de forma inadequada.

7. MÉTODO

7.1 ARTIGO 1

7.1.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para o primeiro artigo foi realizada a revisão sistemática da literatura que consistiu em busca retrospectiva de artigos científicos que avaliaram a completude de informação sobre assistência pré-natal no cartão da gestante.

Foram selecionadas para leitura na íntegra todas as publicações potencialmente elegíveis. A extração de dados e classificação final quanto à inclusão na revisão foram realizadas de forma independente, sendo os resultados comparados e as discordâncias solucionadas por consenso entre dois revisores.

Não houve delimitação de período de publicação e idioma, mas se tratava de revisão de estudos que avaliaram o documento proposto pelo MS e as publicações foram na totalidade produzidas no Brasil. Foram excluídos os artigos que avaliaram a adequação da assistência pré-natal através de outros métodos, a concordância do registro e recordatório materno e o registro em apenas um campo do cartão.

7.1.3 COLETA DE DADOS

Para a escrita do primeiro artigo, as publicações foram selecionadas através das seguintes bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual de saúde (BVS), EMBASE e *Web of Science*.

Para estratégia de busca foram empregados os descritores “avaliação em saúde” AND “cartão pré-natal” AND “gestante”. A busca dos artigos foi realizada entre 02 de agosto de 2018 e 22 de outubro de 2018 por dois pesquisadores de forma independente. As listas de referências dos artigos selecionados também foram examinadas para identificar publicações elegíveis.

7.1.4 AMOSTRA

Para o primeiro artigo, a busca bibliográfica resultou em 39 publicações das quais foram selecionados quatro manuscritos que avaliaram a completude de informações sobre assistência pré-natal nos cartões da gestante.

7.1.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No primeiro artigo, foi utilizado o checklist baseado na diretriz Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) que auxilia os autores a aperfeiçoarem os relatos de revisões sistemáticas. O resumo dos estágios do processo de seleção dos artigos foi disposto nesse fluxograma.

Para a análise dos artigos selecionados para a revisão sistemática, foram extraídos os seguintes dados: autores, ano da publicação, cidade de origem do estudo, período de coleta de dados, unidade de atendimento das mulheres (maternidade pública ou privada), tamanho da amostra, critérios de elegibilidade, critérios de exclusão, critério utilizado para avaliação do preenchimento, modelo de cartão avaliado, campos do cartão analisados e principais resultados.

Além destes, foram compilados os principais resultados sobre a completude de preenchimento do cartão da gestante (acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, antecedente pessoal, antecedente obstétrico, exame clínico e exame laboratorial realizado na gestação atual). Para facilitar a compreensão e discussão, esses resultados foram apresentados segundo o critério de Romero & Cunha (2006), e então foram avaliados a partir da literatura pertinente seguido da discussão entre os autores.

7.2 ARTIGO 2

7.2.1 ESTUDO PRINCIPAL

7.2.1.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO PRINCIPAL

O presente trabalho é um dos produtos de um estudo transversal de base populacional denominado “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”. A pesquisa foi coordenada por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP/FIOCRUZ e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde por meio do edital MCT/CNPq/CT - Saúde/MS/SCTID/DECIT n° 057/2009.

O objetivo geral foi conhecer os determinantes, a magnitude e efeitos adversos decorrentes da cesariana desnecessária no Brasil.

7.2.1.2 DESENHO DO ESTUDO PRINCIPAL

Trata-se de um estudo de âmbito nacional, de base hospitalar, com entrevistas às puérperas de maneira presencial nas primeiras 24 horas após o parto, além de fotografia

do cartão da gestante e transcrição dos dados do prontuário hospitalar. Os dados dessa pesquisa foram coletados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Após essa etapa, os entrevistadores entravam em contato com a mulher por telefone antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto para coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais.

O desenho da amostra foi probabilístico, em três estágios: o primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde. Foram elegíveis todas as instituições de saúde com 500 partos/ano ou mais registrados no ano de 2007 de acordo como SINASC, o que correspondeu a 1403 dos 3691 estabelecimentos do país, responsáveis por 78,6% dos 2.851.572 nascimentos vivos em 2007. Ao todo, 266 instituições de saúde foram sorteadas em todo o Brasil, com planejamento de entrevistar 90 puérperas em cada um deles, totalizando 23 894 mulheres entrevistadas.

O estudo partiu do pressuposto que havia variações na ocorrência de partos cesáreos por tipo de estabelecimentos de saúde, segundo a sua localização geográfica e características da clientela. Sendo assim, a amostra foi estratificada por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), por localização do município (Capital e Interior) e por tipo de clientela (SUS, privada e mista).

O segundo estágio foi pertinente ao número de dias necessários em cada hospital para realizar as 90 entrevistas com as puérperas em um período de ao menos, uma semana, incluindo os finais de semana. Para isso, o número de entrevistas diárias não ultrapassou 12, porém em hospitais com grande volume de partos, mais que 12 partos por dia, 12 delas eram selecionadas aleatoriamente de uma lista de internações incluindo todos os nascimentos diurnos e noturnos.

Por fim, o terceiro estágio do estudo correspondeu às puérperas. Uma lista era elaborada diariamente com todas as puérperas que tiveram o nascimento de seus filhos assistido no hospital no período de 24 horas, sendo que a entrada nesta lista seguia a ordem cronológica dos nascimentos nesse período. Para assegurar a seleção aleatória e probabilística das entrevistas, o escritório central da pesquisa elaborou tabelas de seleção considerando o número de nascidos vivos e mulheres a serem entrevistadas diariamente em cada unidade. Esta tabela era consultada para a escolha de mulheres para substituição de recusas ou mulheres inelegíveis.

A descrição detalhada do desenho amostral está disponível em Vasconcellos et al. (2014).

7.2.1.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO ESTUDO PRINCIPAL

Foram recrutadas mulheres que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade no estudo de base (baseline):

- Ter o parto em um dos hospitais elegíveis;
- Dar à luz a um recém-nascido vivo, independentemente do peso ou da idade gestacional, ou um natimorto com nascimento peso ≥ 500 g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas;
- Não ter distúrbio mental grave;
- Não ser estrangeiras e não entender a língua portuguesa;
- Não ser surdas;
- Não ter sido submetidas ao aborto por ordem judicial em idade gestacional superior a 22 semanas.

As mulheres e recém-nascidos que permaneceram no hospital foram monitorados pelo estudo por 42 dias (para as mulheres) e 28 dias (para recém-nascidos), incluindo os que foram transferidos para outro hospital.

7.2.1.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO ESTUDO PRINCIPAL

Foram elaborados para o estudo principal três questionários eletrônicos para a coleta de dados, sendo o primeiro questionário aplicado à puérpera na unidade de saúde em um intervalo mínimo de seis horas após o parto contemplando variáveis de identificação da mulher, nível socioeconômico e educacional, condições de vida, histórico de saúde e obstétrico, dados antropométricos, informações da gestação atual, atenção pré-natal, doenças e uso de medicações durante a gestação, informações sobre o parto e o pós-parto, bem como sobre a assistência oferecida à mulher e ao recém-nascido. Nessa oportunidade, o cartão da gestante, quando disponível, era fotografado em meio digital com posterior extração de dados baseada no “Instrutivo para extração de dados do cartão de pré-natal” (anexo 3) e digitação numa plataforma online.

O segundo questionário foi preenchido com base em dados disponíveis no prontuário médico relacionadas à assistência pré-natal, admissão hospitalar, pré-parto, e parto, medicamentos e intervenções realizadas, além da evolução do parto. Foi preenchido após a alta hospitalar ou no 42º dia para a mulher e no 28º dia para o recém-nascido que permaneceram no hospital.

O terceiro questionário foi aplicado à mãe, por meio de contato telefônico, antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto para a coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais.

Para garantir a padronização na coleta de dados foram preparados manuais e todos os entrevistadores foram treinados. A equipe de pesquisa foi composta por dez pesquisadores de diferentes instituições de ensino e pesquisa do Brasil. Cada macrorregião brasileira contou com um coordenador regional e para cada estado foi designado um coordenador estadual, que participou da organização de trabalho de campo e da seleção dos supervisores de campo (50 no total) e dos entrevistadores (200 no total).

As entrevistas foram realizadas com o uso de um notebook e eram exportadas diariamente pelo supervisor de campo para o banco de dados localizado no servidor Fiocruz, no Rio de Janeiro, permitindo que os coordenadores estaduais monitorassem em tempo real o trabalho de campo.

As informações detalhadas sobre a coleta de dados e instrumentos estão disponíveis em Leal et al. (2012).

7.2.1.5 AMOSTRA DO ESTUDO PRINCIPAL

A amostra do estudo principal foi composta por 23940 puérperas entrevistadas. Durante o processamento, foram excluídos registros sem informação da puérpera ou sem os dados médicos do recém-nascido resultando em um total de 23.894 puérperas.

7.2.1.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DO ESTUDO PRINCIPAL

Em toda a análise estatística foi considerado o desenho complexo de amostragem. A ponderação dos dados foi calculada pelo inverso da probabilidade de inclusão de cada puérpera na amostra. Para assegurar que a distribuição das puérperas entrevistadas fosse semelhante à observada nos nascimentos da população amostrada em 2011, um procedimento de calibração foi utilizado em cada estrato de seleção conforme descrito em Vasconcellos et al. (2014). Todas as análises foram realizadas por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.

7.2.2 PRESENTE ESTUDO

7.2.2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para atender ao objetivo do segundo artigo, foram consideradas elegíveis as mulheres atendidas na rede pública de saúde que participaram do estudo maior e

apresentaram o cartão da gestante padronizado pelo MS, no modelo vigente à época do estudo ou em modelos anteriores.

7.2.2.2 COLETA DE DADOS

Como o segundo artigo se deteve na observação de preenchimento de determinados campos do cartão da gestante, os dados foram obtidos na plataforma on line onde foram armazenados, haja visto que no momento da entrevista com a puérpera o cartão foi fotografado e, posteriormente os dados foram extraídos (tendo como base o instrutivo padronizado (anexo 3)) e digitados nessa plataforma.

Foram apurados os dados contidos no questionário aplicado à puérpera, dados do prontuário e extraídos do cartão da gestante.

7.2.2.3 AMOSTRA

Para alcançar o objetivo proposto para o segundo artigo, foram analisados 6577 cartões das gestantes. Esse número compreende o total de cartões no modelo padronizado pelo MS que foram apresentados no momento da entrevista com a puérpera.

7.2.2.4 VARIÁVEIS SEGUNDO FONTES DE INFORMAÇÃO

7.2.2.4.1 CARTÃO DA GESTANTE

A avaliação da completitude dos cartões de gestantes, descrita no segundo artigo, considerou os registros nos campos dos cartões como variáveis dicotômicas: preenchido e não preenchido.

Para contemplar a análise da assistência pré-natal segundo o critério qualitativo (que detém foco no conteúdo da assistência) foram verificados o preenchimento dos campos do cartão segundo temáticas: variáveis preconizadas pelo PHPN acrescidas de registros cotidianos inerentes às consultas preconizados pelo MS no Manual Técnico de Assistência Pré-natal (2005).

Todos os campos do cartão que foram analisados coincidiram entre os modelos de cartão preconizados pelo MS e haviam sido digitados para o estudo principal. A **Tabela 1** contém as variáveis analisadas por blocos.

Tabela 1: Variáveis analisadas

Antecedente pessoal	Diabetes ² Hipertensão ² Cirurgia pélvica ²
Antecedente obstétrico	Gesta ² Aborto ² Parto vaginal ² Cesariana ² Filho nascido vivo ² Natimorto ² Baixo Peso ao Nascer ²
Gestação atual	Peso anterior ² Estatura ² Data da última menstruação ² Data provável do parto ² Data da primeira consulta ² Peso na primeira consulta ² Idade gestacional na primeira consulta ²
Primeira rotina de exames	Primeiro exame glicemia ¹ Primeira sorologia para sífilis ¹ Primeira sorologia para HIV ¹ EAS ¹ USG antes de 20 semanas ¹
Segunda rotina de exames	Segundo exame glicemia ¹ Segunda sorologia para sífilis ¹ Segunda sorologia para HIV ¹

¹Variáveis descritas no PHPN, BRASIL (2002)

²Variáveis descritas no Manual Técnico de Assistência Pré-natal (2005)

Para as variáveis ‘aborto’, ‘parto vaginal’, ‘cesariana’, ‘filho nascido vivo’, ‘natimorto’ e ‘BPN prévio’ foram excluídas as mulheres que tiveram preenchimento ‘zero’ ou ‘um’ na variável ‘gesta’, dado que a ausência de preenchimento desses campos não seria uma falha. Ademais, nas variáveis ‘segundo exame glicemia’, ‘segundo sorologia para sífilis’ e ‘segunda sorologia para HIV’ foram excluídas as mulheres que tiveram parto antes de 34 semanas gestacionais, uma vez que era presumível não haver tempo hábil para o registro do resultado da segunda rotina laboratorial, solicitada no terceiro trimestre gestacional. Para a variável ‘peso anterior’, quando o mesmo não estava preenchido, foi considerado o valor do peso na primeira consulta, desde que essa consulta tenha sido realizada antes da 14^a semana de gestação.

7.2.2.4.2 PRONTUÁRIO E ENTREVISTA COM A PUÉRPERA

Dados necessários para avaliação da adequação da assistência na perspectiva do acesso/quantitativa (idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas e idade gestacional no parto) foram obtidos nas entrevistas com as puérperas, prontuários e também nos cartões das gestantes. A adequação do número de consultas considerou o calendário mínimo de consultas recomendado pelo PHPN (2002), que preconiza pelo menos uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no último trimestre. A idade gestacional no parto foi calculada por um algoritmo desenvolvido por Pereira et al. (2014).

De posse dessas informações foi calculada a adequação da assistência na perspectiva do acesso/quantitativa apresentada no segundo artigo.

7.2.2.4.3 VARIÁVEIS SEGUNDO MACRORREGIÕES

No segundo artigo, a análise da assistência pré-natal segundo o critério qualitativo onde foram verificadas as variáveis que detém foco no conteúdo da assistência (preconizadas pelo PHPN + registros cotidianos inerentes às consultas preconizados pelo MS) foram avaliadas segundo o grupo de variáveis as macrorregiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

E ainda, a adequação da assistência na perspectiva do acesso/quantitativa também foi descrita segundo o mesmo grupo de variáveis (macrorregiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

7.2.2.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

7.2.2.5.1 CRITÉRIO QUALITATIVO

Realizada análise descritiva de dados extraídos da observação da completude do cartão da gestante para amostras complexas com a inclusão de efeito de desenho para a obtenção de médias e frequências. A completude foi avaliada segundo as macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

O julgamento sobre a completude se baseou no critério de Romero & Cunha (2006), que se detém na categorização da frequência relativa (total de ausência de preenchimento de cada campo contido no cartão da gestante pelo número total de cartões avaliados) segundo o escore: Excelente (incompletude < 5%), Bom (5% < incompletude < 10%), Regular (10% < incompletude < 20%), Ruim (20% < incompletude < 50%), Muito Ruim (incompletude > 50%).

Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 20.0.

7.2.2.5.2 CRITÉRIO QUANTITATIVO

A análise da adequação da assistência na perspectiva do acesso/quantitativa apresentada no segundo artigo se baseou no índice de Kotelchuck (1996) com base nas dimensões: idade gestacional no início do pré-natal e percentual de adequação do número de consultas corrigidas para idade gestacional no parto.

Para esse estudo, as dimensões citadas se basearam na recomendação do MS, o qual estabelece que o pré-natal adequado deve ser iniciado antes da 16ª semana gestacional, com no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre gestacional (BRASIL, 2002). Desta forma, para as gestações a termo (37 semanas ou mais), o número mínimo de consultas esperadas é igual a seis, sendo menor para as gestações pretermo. O percentual de adequação do número de consultas foi definido da seguinte forma: número de consultas realizadas/número de consultas esperadas x 100. As dimensões “idade gestacional no início do pré-natal” e “percentual de adequação do número de consultas” foram combinadas numa medida sumária dividida em quatro categorias: pré-natal inadequado, parcialmente adequado, adequado e mais que adequado. As mulheres que iniciaram o pré-natal após a 16ª semana gestacional e/ou que tiveram um percentual de adequação do número de consultas menor que 50%, foram classificadas na categoria “pré-natal inadequado”. Para as mulheres que iniciaram o pré-natal entre a 1ª e 16ª semana gestacional, a adequação do pré-natal foi definida com base nos pontos de corte do percentual de adequação do número de consultas e categorizadas da seguinte forma: parcialmente adequado (50-79%), adequado (80-109%) e mais que adequado (mais de 110%).

Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 20.0.

7.2.2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo principal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz (Parecer 92/10-CAAE:0096.0.031.000-10) (Anexo 1). A participação na pesquisa esteve condicionada à assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos obtidos, de forma livre e

espontânea, após terem sido feitos todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo principal.

Durante a leitura, todas as gestantes foram informadas que poderiam desistir da participação no estudo em qualquer etapa. O projeto estava em acordo aos princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

O presente estudo foi inscrito sob o nº 2099/VDP/2018 para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/IFF) e foi dispensado de ser reavaliado por estar contemplado no projeto “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (Anexo 2).

8. RESULTADOS

8.1 ARTIGO 1

Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil: uma revisão sistemática

Resumo

Introdução: O cartão da gestante é um dos instrumentos utilizados para avaliação da assistência pré-natal. Além de servir como importante fonte de dado para levantamento epidemiológico, o cartão é essencial para a garantia do fluxo de informações entre os profissionais e os serviços de saúde, contribuindo para a continuidade da assistência. Dessa forma, o preenchimento dos campos contidos no cartão é primordial para retratar a condição de saúde da gestante, além de fundamentar a formulação, avaliação de políticas públicas e a tomada de decisões que atendam às necessidades da mulher.

Objetivo: Analisar estudos que se detiveram na avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil.

Métodos: Foi realizada revisão sistemática de artigos científicos brasileiros que avaliaram a completitude de informações nos cartões da gestante nas seguintes bases de dados – Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), EMBASE e Web of Science - utilizando os descritores “avaliação em saúde” AND “cartão pré-natal” AND “gestante”.

Resultados: Foram identificados 43 estudos, dos quais sete foram selecionados. Para interpretação da completitude do preenchimento todos os artigos selecionaram campos do cartão de forma heterogênea e realizaram a análise de frequência relativa.

Conclusão: Apesar de os artigos selecionados terem classificado o preenchimento dos cartões de forma díspare, todos foram unânimes quanto ao preenchimento insatisfatório/ruim desse instrumento em diferentes locais do Brasil. Destaca-se que o não preenchimento pode representar a não realização de uma conduta ou o subregistro da mesma, gerando impacto na continuidade do cuidado devido ao prejuízo de comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, sobretudo durante a internação. E ainda, o não preenchimento não fornece dados fidedignos para avaliação da assistência pré-natal. Portanto, é de extrema importância a valorização do preenchimento desse instrumento pelos profissionais de saúde, a fim de que condutas e tomadas de decisões sejam também pautadas com base nos procedimentos realizados ao longo do pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Avaliação de Processos; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Gravidez; Revisão Sistemática.

ABSTRACT

Introduction: The pregnant woman's card is one of the instruments used to assess prenatal care. In addition to serving as an important source of data for epidemiological surveys, the card is essential for ensuring the flow of information between professionals and health services, contributing to the continuity of care. Thus, filling in the fields contained in the card is essential to portray the health condition of the pregnant woman, in addition to supporting the formulation, evaluation of public policies and decision-making that meets the needs of women. **Objective:** To analyze studies that focused on assessing the completeness of filling out the pregnant woman's card in Brazil. **Methodology:** A review of systematic Brazilian scientific articles was accomplished, which assessed the completeness of information in pregnant woman's card in the following data base – Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (VIRTUAL HEALTH LIBRARY - BVS), EMBASE and Web of Science – using the descriptors “health assessment” AND “prenatal card” AND “pregnant women”. **Results:** 43 studies were identified, of which seven were selected. For interpretation of completeness of filling in, all the articles selected fields of the card in a heterogeneous way and accomplished an analysis of relative frequency. **Conclusion:** Although the results of selected studies for the systematic review had classified the filling in of cards in a different way, all of them were unanimous regarding the filling in unsatisfactory/bad of this tool in different locations in Brazil. It is highlighted that the non-fulfillment may represent the non-accomplishment of a conduct or under-register generating impact on the continuity of care due to flawed communication amongst the different levels of health assistance, mainly during hospitalization. And yet, the non-fulfillment does not provide reliable data for prenatal assessment. Therefore, it is of extreme importance the esteem of filling in this tool by the health care professionals in order to conducts and decision-making are also ruled based on the procedures accomplished over prenatal.

Keywords: Prenatal care; Process Assessment; Health Assessment; Health Care Quality; Pregnancy; Systematic Review.

Introdução

A avaliação da assistência pré-natal pode ser realizada a partir de diversas fontes de dados, dentre estas, o cartão da gestante (POLGLIANE et al., 2014). O registro neste instrumento é essencial para retratar a condição de saúde da gestante, além de fornecer os indicadores essenciais à formulação de políticas públicas e permitir a tomada de decisões que atendam às necessidades da mulher (POLIDO, 2010; SANTOS NETO et al., 2012).

Existem inúmeros indicadores de qualidade tais como acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica, consistência e incompletude. Para avaliação do cartão da gestante, alguns artigos avaliaram a qualidade do preenchimento com base na completude (CARVALHO et al., 2004, ZAGO, 2008; SANTOS NETO, 2012; CARRILHO, 2014; COELHO et al., 2015; CRISTOFARO, 2017; SANTOS et al., 2017) que é compreendida, segundo Romero & Cunha (2006), como o grau em que os registros em um sistema de informação possuem valores que não podem ser considerados nulos, sendo o resultado da inclusão de todos os dados necessários para responder a um determinado problema (LIMA et al., 2009).

A análise da completude de preenchimento dos campos compreendidos no cartão da gestante permite avaliar o cumprimento de procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) como a realização da agenda de consultas e exames (BRASIL, 2012). Dessa forma, o registro no cartão da gestante é essencial para a avaliação da assistência pré-natal. A utilização do cartão da gestante como instrumento de registro é orientada pelo MS através dos Manuais de Assistência Pré-Natal, datados de 1988, 2000, 2005 e 2012 (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000; BRASIL 2005; BRASIL, 2012).

No Brasil, a assistência pré-natal é ofertada pela atenção básica e o parto realizado na atenção hospitalar, em sua maioria (SANTOS NETO, 2012). O cartão da gestante deve ser portado pela mulher em cada atendimento, sendo o único instrumento que perpassa todos os atendimentos favorecendo a referência e contrarreferência (BRASIL, 2012). Dessa forma, esse instrumento favorece a comunicação entre os profissionais envolvidos na assistência à mulher e ainda entre os profissionais e a gestante (SANTOS NETO, 2012).

O MS destaca a necessidade de fornecimento, preenchimento, verificação e atualização do registro no cartão da gestante a cada atendimento, pois o registro adequado de informações essenciais da gravidez nesse instrumento promove a continuidade do cuidado, orientando a equipe de saúde a não repetir ou negligenciar condutas, através do

cumprimento de preconização do MS e, especialmente, fornece dados para avaliação da assistência pré-natal (BRASIL, 2012).

Apesar da relevância do preenchimento do cartão da gestante, ainda são escassos os estudos que avaliaram a completitude desse instrumento. Portanto, a presente revisão sistemática tem como objetivo analisar estudos que se detiveram na avaliação da completitude do preenchimento do cartão da gestante.

Métodos

Foi realizada revisão sistemática da literatura que consistiu na busca de estudos que avaliaram a completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil.

Foi utilizado o *checklist* baseado na diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (PRISMA) que auxilia os autores a aperfeiçoarem os relatos de revisões sistemáticas. O resumo dos estágios do processo de seleção dos artigos presentes nesta revisão sistemática foi disposto em fluxograma (Figura 1).

Os estudos foram selecionados através das seguintes bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), EMBASE e *Web of Science*.

Para estratégia de busca foram empregados os descritores “avaliação em saúde” AND “cartão pré-natal” AND “gestante”. Também foi realizada a busca secundária na lista de referência dos artigos inicialmente avaliados com o objetivo de identificar publicações elegíveis não captadas pela busca inicial. A busca dos artigos foi realizada entre 02 de agosto de 2018 e 22 de outubro de 2018 por dois pesquisadores de forma independente.

Visando evitar a perda de quaisquer publicações potencialmente elegíveis, os estudos foram inicialmente analisados através de seus títulos e resumos. Foram selecionadas para leitura na íntegra todas as publicações que se detiveram no objetivo da presente revisão. A extração de dados e a classificação final quanto à inclusão na revisão foram realizadas de forma independente, sendo os resultados comparados e as discordâncias solucionadas por consenso entre os dois revisores.

Não houve delimitação de período de publicação. Pelo fato de o estudo ter como objetivo a observação da completitude de preenchimento do cartão da gestante, conforme proposto pelo MS, o presente estudo buscou apenas os artigos brasileiros. Dessa forma, foram incluídos os estudos que se detiveram na avaliação da completitude de informações nos cartões da gestante e foram excluídos os artigos que avaliaram a adequação da

assistência pré-natal, a associação entre concordância do registro e recordatório materno e o preenchimento de apenas um campo do cartão da gestante.

Para a análise dos artigos selecionados foram extraídas as seguintes informações: autores e ano da publicação, cidade de origem do estudo, período de coleta de dados, unidade de atendimento das mulheres (maternidade pública ou privada), tamanho da amostra, critérios de elegibilidade, critérios de exclusão, critério utilizado para avaliação do preenchimento, modelo de cartão avaliado, campos do cartão analisados e principais resultados. Além destes, foram compilados os principais resultados sobre a completude (acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico, exame clínico e laboratorial realizado na gestação atual).

Para padronizar os resultados dos artigos selecionados todas as variáveis foram categorizadas com base no critério de Romero & Cunha (2006), a saber: excelente (incompletude < 5%), bom (incompletude de 5% a 10%), regular (incompletude de 10% a 20%), ruim (incompletude de 20% a 50%), muito ruim (incompletude > 50%).

Resultados

Segundo a estratégia estabelecida, a busca bibliográfica resultou em 43 estudos (36 artigos, duas teses de doutorado, quatro dissertações de mestrado e um trabalho de conclusão de curso em medicina). Desse total, 24 foram encontrados na base de dados BVS, 14 no Scielo e cinco estudos advindos das listas de referências dos artigos lidos. Tanto na EMBASE quanto na *Web of Science*, não foram selecionados estudos. Logo, após a implementação dos critérios de exclusão e retirada dos artigos duplicados (13) foram selecionados sete estudos (quatro artigos, duas dissertações de mestrado e um trabalho de conclusão de graduação em medicina).

As principais características dos sete estudos selecionados para compor a presente revisão sistemática foram detalhadas em ordem decrescente em relação ao ano de publicação do estudo (**Tabela 1**). Em relação ao local dos estudos, quatro foram realizados na região Sudeste, dois na região Nordeste e um na região Sul. Seis estudos foram realizados em unidade de saúde pública e apenas um, em unidade de saúde privada. O quantitativo de cartões da gestante avaliados variou de 44 até 1006.

Os critérios de exclusão foram descritos em cinco estudos: 1) gestação de risco e/ou doença psiquiátrica (COELHO et al., 2015), 2) ter realizado o pré-natal (todo ou parte) no sistema privado de saúde (SANTOS NETO et al., 2012), 3) parto antes de 37 semanas (ZAGO, 2008; CARRILHO, 2014; CRISTOFARO, 2017).

Todos os artigos analisaram a completitude com base na frequência relativa, sendo que três estudos interpretaram os resultados utilizando o critério de Romero & Cunha (2006). As **Tabelas 2 e 3** contém o comparativo entre os estudos sobre a completitude de preenchimento dos campos do cartão da gestante.

Dentre os diversos campos existentes no cartão da gestante, cada estudo os selecionou de forma heterogênea. O campo ‘local do pré-natal’ foi avaliado por apenas três estudos que encontraram resultados díspares (escore ‘excelente’ e ‘ruim’ em dois estudos), o campo ‘assinatura do profissional que realizou a consulta’ foi avaliado por apenas dois estudos (escore ‘excelente’ e ‘ruim’). Os campos ‘antecedente pessoal de hipertensão arterial’ e ‘antecedente pessoal de diabetes *mellitus*’ foram analisados por apenas um estudo (escore ‘regular’). E ainda, o campo ‘antecedentes obstétricos’ foi analisado em sua totalidade por um estudo.

Com relação aos dados de registro diário de consulta, o campo ‘peso’ foi avaliado por quatro estudos que encontraram resultados discrepantes (escore de preenchimento ‘excelente’, ‘ruim’ e o ‘muito ruim’). Já a ‘curva de peso/idade gestacional’ foi avaliada por somente dois estudos que encontraram resultado ‘muito ruim’, o campo ‘Batimento Cardíaco Fetal’ (BCF) também foi avaliado por apenas três estudos com resultados entre ‘regular’ a ‘muito ruim’. O registro de exames de sorologia para HIV e sífilis foi avaliado por seis estudos que apresentaram variação de ‘excelente’ a ‘ruim’ e ‘regular’ a ‘muito ruim’, respectivamente.

Discussão

A avaliação da completitude antecede a avaliação de demais indicadores de avaliação como a consistência e acessibilidade. A incompletitude de preenchimento de um campo do cartão inviabiliza a avaliação desse dado, e dessa forma, fragiliza a avaliação da assistência pré-natal que tem como base o cartão da gestante.

As diferenças metodológicas no que tange a descrição do modelo de cartão avaliado, a seleção dos campos e o método para interpretar a completitude e apresentar os resultados dificultaram a comparação entre os artigos.

Apesar de existir o modelo de cartão da gestante proposto pelo MS, diversos modelos são utilizados pelas unidades de atendimento no Brasil acarretando diferenças entre as informações contidas nesses instrumentos. Destaca-se que apenas dois estudos informaram os modelos de cartões avaliados. O estudo conduzido por Zago (2008) utilizou o modelo proposto pela Secretaria Municipal de Saúde e Carrilho (2014) referiu que 79,5% (147) dos cartões apresentados correspondiam ao modelo padronizado pelo

MS, 13,5% (25) eram cartões impressos do prontuário eletrônico disponibilizado pelo serviço de saúde municipal e 7,0% (13) correspondiam ao modelo de cartão adotado pela rede privada de saúde.

Sobre o uso do cartão da gestante na rede privada, Domingues et al. (2015) observaram menor apresentação do cartão por mulheres do setor privado em âmbito nacional (DOMINGUES et al., 2015). Realizando um recorte no mesmo banco de dados da pesquisa supracitada para avaliação do uso do cartão padronizado pelo MS, observou-se que o serviço público concentrou 92,8% dos cartões (de Mello, 2020). Um dado que precisa ser pontuado é que apenas em 2014 foi emitida a Nota Técnica nº 703, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tratou do direito de informação e obrigatoriedade de uso do cartão da gestante, carta de informação e partograma na rede privada de saúde. Todavia, não foi colocada nesse documento a importância de utilização do cartão padronizado pelo MS.

Outro ponto díspare entre os métodos dos estudos selecionados foi referente a seleção dos campos do cartão da gestante. Dos estudos selecionados, quatro evidenciaram a referência utilizada para seleção dos campos para avaliação da completitude nos cartões das gestantes. Carvalho et al. (2004) avaliaram 19 cartões de mulheres atendidas na rede privada do município de São Paulo e selecionaram os campos de acordo com o MS. Todavia, o autor não informou o ano da publicação do MS utilizada para tal seleção. Carrilho (2014) avaliou 185 cartões de puérperas de duas unidades públicas de Belo Horizonte e descreveu que os campos do cartão foram selecionados com base no manual de assistência pré-natal do MS vigente à época da pesquisa. Dois artigos (Santos Neto et al. (2012) avaliaram 1006 cartões de gestante atendidas em maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) localizadas na Região Metropolitana da Grande Vitória e Cristofaro (2017) avaliou 805 cartões de gestante em maternidades públicas no município do Rio de Janeiro) avaliaram a completitude de preenchimento com base no pacote mínimo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002).

Outros três estudos não mencionaram a referência utilizada para seleção dos campos do cartão analisados na rede pública como também avaliaram um quantitativo díspare de cartões. Zago (2008) avaliou 115 cartões de gestantes na em Florianópolis-SC, Coelho et al. (2015) avaliou 81 cartões em Santa Cruz- RN e Santos et al. (2017), 241 cartões em Teresina-PI.

Para avaliação da completitude, quatro estudos (CARVALHO et al., 2004, ZAGO, 2008; CARRILHO, 2014; SANTOS et al., 2017) descreveram a frequência relativa do preenchimento dos campos do cartão, já três (SANTOS NETO et al.; 2012; COELHO et al., 2015; CRISTOFARO, 2017) categorizaram a frequência relativa de acordo com o critério proposto por Romero & Cunha (2006). Destaca-se que a categorização é de extrema importância para realização da comparação entre os estudos como também para padronização e interpretação dos resultados (LIMA et al., 2009; CORREIA et al., 2014).

A apresentação dos resultados entre os estudos foram informadas de forma heterogênea. O estudo conduzido por Zago (2008), Carvalho et al. (2004) e Santos et al. (2015) analisaram a completitude de cada campo em duas categorias (“sim” ou “não”) e apresentaram os resultados em frequência relativa. Vale informar que apenas o primeiro estudo citado avaliou a completitude segundo a fonte de pagamento do pré-natal. Santos Neto et al. (2012) e Coelho (2015) se diferenciaram dos artigos supracitados por terem realizado a categorização segundo o escore de Romero & Cunha (2006). Carrilho (2014) e Cristofaro (2017) apresentaram os resultados em três categorias: “sim”, “não” e “parcial” com apresentação da frequência relativa, todavia o estudo de Cristofaro (2017) agrupou as categorias “não” e “parcial” como também categorizou os resultados com base no escore de Romero & Cunha (2006).

Em relação a associação do tipo de unidade onde foi realizado o pré-natal com a avaliação da assistência, apenas Carvalho et al. (2004), Santos Neto et al. (2012) e Cristofaro (2017) analisaram o preenchimento do campo ‘local do PN’. Carvalho et al. (2004) verificaram que 84% das gestantes que tiveram seu cartão avaliado realizaram o pré-natal na atenção básica, 5,0% no Programa Saúde da Família (PSF) e 11% na rede particular. Santos Neto et al. (2012) observaram que, dentre os 1006 cartões avaliados, 53,3% não tinham o preenchimento deste campo e dentre os cartões que tiveram esse campo preenchido houve diferença significativa entre os serviços de saúde, sendo esse campo mais registrados no PSF em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e às unidades de Programa Agentes Comunitários de Saúde. Já Cristofaro (2017) teve como critério de inclusão somente mulheres que realizaram o pré-natal em unidades de saúde da família do Rio de Janeiro, e nesse cenário, observou preenchimento ‘regular’ (22,46%) do campo que identificava o local onde foi realizado o pré-natal. Cabe ressaltar que o preenchimento do cartão da gestante pelas UBS é importante para viabilizar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabelece que o vínculo é

condicionante para sua efetivação, sendo apresentado como viabilizador da corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017). Por esse motivo, é de grande importância a avaliação do campo do local do pré-natal para permitir a avaliação do preenchimento do cartão do pré-natal segundo o tipo de unidade.

Em relação ao campo ‘assinatura’ quando contido o nome do profissional e informação sobre a categoria profissional permite avaliar o tipo de profissional (enfermeiro e/ou médico) que realizou o atendimento. Apenas Santos et al. (2017) avaliaram esse campo no cartão em dois momentos (primeira e sexta consulta) obtendo resultados díspares dado que na primeira consulta, o preenchimento foi ‘ruim’ e na sexta consulta, o preenchimento declinou ainda mais atingindo o escore ‘muito ruim’. A avaliação poderia viabilizar a observação da qualidade de preenchimento do cartão de pré-natal segundo a categoria profissional que realiza o atendimento e ainda poderia ser verificado o cumprimento da orientação do MS quanto à intercalação de consultas entre o enfermeiro e o médico (BRASIL, 2012).

O MS descreve todos os componentes da história clínica que precisam ser abordados na primeira consulta de pré-natal no campo da identificação (nome, número do Cartão Nacional de Saúde, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência) (BRASIL, 2012). Os estudos selecionados avaliaram de forma heterogênea os campos da história clínica. Para viabilizar a comparação entre os mesmos, serão discutidos os campos ‘nome’ e ‘idade’. Carvalho et al. (2004) identificaram não preenchimento de 37% (escore ‘ruim’) desse campo, enquanto Cristofaro (2017) identificou não preenchimento de apenas 0,53% (escore ‘excelente’). Já Carrilho (2014) apresentou o preenchimento do campo ‘nome’ agrupado em ‘identificação materna’, onde está incluído o preenchimento dos campos ‘nome, endereço, e/ou telefone/idade. O autor observou preenchimento parcial em 19,5%, não preenchimento em 1,1% e preenchimento em 79,5%.

Dentre os estudos selecionados, cinco avaliaram a completude do campo ‘idade’. Santos et al. (2017) apresentaram 6,6% de não preenchimento (‘excelente’), Carvalho et al. (2004) apresentaram 16% de não preenchimento (‘regular’), já Santos Neto et al. (2012), Coelho et al. (2015) e Cristofaro (2017) encontraram escore ‘ruim’ de não preenchimento (23,9%, 43,2% e 33,42% respectivamente). Esses resultados revelam a desvalorização de preenchimento deste campo. Ressalta-se que o preenchimento dessa informação no cartão do pré-natal é de extrema importância, dado essa informação está associada ao risco e adesão ao pré-natal (BRASIL, 2012). Ademais, a idade da mulher

tem papel epidemiológico fundamental na interpretação dos dados levantados a partir do cartão da gestante (SILVA et al., 2019).

Os dados socioeconômicos, 'estado civil' e 'escolaridade' também devem ser contemplados no roteiro da primeira consulta (BRASIL, 2012). O campo 'estado civil' foi descrito por três estudos com preenchimento insatisfatório. Santos et al. (2017) e Cristofaro (2017) observaram escore 'regular' (11,6% e 18,6% de não preenchimento respectivamente) e Santos Neto et al. (2012) observaram escore 'ruim' (45,6% não preenchimento). Destaca-se que o estado civil é importante para caracterizar a rede de apoio no período gestacional e puerperal bem como é considerado fator de risco da gestação e sofrimento mental no puerpério (BRASIL, 2012).

O preenchimento da 'escolaridade' foi avaliado pelos mesmos autores supracitados. Cristofaro (2017) verificou preenchimento 'regular' (23,51%), Santos et al. (2017), 'ruim' (34% não preenchimento) e Santos Neto et al. (2012), 'muito ruim' (43,3% não preenchimento). Tais resultados evidenciam a desvalorização do preenchimento desse campo no cartão. Todavia, esse campo merece maior valorização tanto do ponto de vista da assistência quanto para o levantamento epidemiológico, haja vista que a baixa escolaridade está associada a inadequação da assistência pré-natal (GOUDARD, 2016) escolaridade desfechos perinatais negativos, tais como o baixo peso ao nascer (ARAUJO et al., 2017).

A informação sobre antecedentes pessoais é de extrema relevância, dado que doenças como hipertensão arterial e diabetes *mellitus* podem indicar a necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco e são consideradas causas frequentes de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2012). No entanto, o campo antecedente pessoal, que contempla o registro separadamente de 'antecedente pessoal de diabetes *mellitus*' e 'antecedente pessoal hipertensão arterial', foi avaliado apenas por Santos et al. (2017) que observou escore 'regular' dos campos 'antecedente pessoal de diabetes *mellitus*' (12,5% de não preenchimento) e do campo 'antecedente pessoal hipertensão arterial' (12,8% de não preenchimento). Já Carrilho (2014) e Cristofaro (2017) apresentaram o resultado de antecedentes pessoais agrupados, descrevendo escore 'ruim' e 'regular', respectivamente, para o registro de 'antecedente pessoal'. Destaca-se que tal apresentação inviabiliza a comparação com o estudo de Santos, dado que não é possível identificar o percentual de não preenchimento de cada campo.

No que tange aos antecedentes obstétricos, três estudos apresentaram resultados com o agrupamento das variáveis (Zago (2008) e Carrilho (2014) escore 'excelente' e Cristofaro (2017) escore 'regular'). Novamente o método de apresentação do resultado dificultou a identificação de preenchimento de cada campo desse bloco e inviabilizou a comparação dos achados.

O estudo de Santos et al. (2017) foi o único que descreveu os antecedentes obstétricos através do preenchimento dos diversos campos que expõem a relação gestação versus paridade. Os autores observaram não preenchimento de 8,3% (escore 'bom') no campo 'número de gestações', 24,1% (escore 'ruim') no campo 'número de partos', enquanto o campo 'número de abortos' teve não preenchimento de 34% (escore 'ruim'). O preenchimento de todos os campos é essencial para compreensão da relação gestação versus paridade e identificação de fatores que permitem a classificação de risco (nuliparidade, multiparidade, abortamento habitual ou morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida) (BRASIL, 2012). No entanto, o escore encontrado no único estudo que descreveu esta associação evidenciou falta de continuidade do preenchimento e necessidade de valorização destes dados que permitam melhor qualidade da assistência e o planejamento das ações.

Em relação ao campo 'óbito neonatal precoce', foi observado que apenas o estudo de Santos Neto et al. (2012) o analisou de forma precoce (não preenchimento de 94,8% escore 'muito ruim') ou tardia (não preenchimento de 94,9% escore 'muito ruim'). O fato de apenas um estudo ter avaliado essa informação demonstra grande carência de registro desse dado considerado de extrema relevância para a classificação de risco obstétrico (BRASIL, 2012).

O campo 'recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas' foi observado por Santos et al. (2017) e Santos Neto et al. (2012) que coincidiram na avaliação 'muito ruim' (67,2% e 78,6% de não preenchimento, respectivamente). O campo 'recém-nascido com maior peso' foi muito díspare entre os dois estudos, tendo o estudo de Santos et al. (2017) identificado escore 'excelente' com 0,8% de não preenchimento, enquanto Santos Neto et al. (2012) verificaram 77% de não preenchimento (escore 'muito ruim'). Cabe destacar que tais campos retratam desfechos neonatais negativos em gestações anteriores e o domínio dessa informação permite a classificação de risco e subsidia a tomada de decisão (BRASIL, 2012).

O campo 'fumo', que retrata o uso de cigarro durante a gestação, possui grande relevância para assistência pré-natal devido aos efeitos da nicotina (aumento do batimento cardíaco no feto, redução de peso, menor estatura, alterações neurológicas importantes e risco de abortamento espontâneo) reiterados pelo MS no Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012). Apesar da relevância do preenchimento dessa informação, o fumo foi avaliado por apenas dois estudos que tiveram resultado insatisfatório. Santos et al. (2017) observaram não preenchimento em 67,2% com escore 'muito ruim' e Coelho et al. (2015) não descreveram o percentual exato de não preenchimento, apenas citaram a faixa que esteve entre 50 e 60% que segundo o escore de Romero & Cunha (2006) é 'muito ruim'.

O campo 'amamentação' foi descrito apenas por Santos et al. (2017) que encontraram escore 'muito ruim' (77,2% não preenchimento). Apesar de o MS descrever que as orientações acerca da amamentação devam iniciar no período pré-natal garantindo nesse período orientações sobre vantagens e o manejo da amamentação (BRASIL, 2012).

O preenchimento de 'data da última menstruação' (DUM) e 'data provável do parto' (DPP) foi realizado por Zago (2008), Coelho et al. (2015), Santos et al. (2017), Santos Neto et al. (2012) e Cristofaro (2017) e Zago (2008) identificou escore 'excelente' no campo DUM (2,6% de não preenchimento), mas o resultado não se manteve no campo DPP que obteve escore 'bom' (7,7% de não preenchimento). Apesar de ser uma informação subsequente e essencial para a assistência pré-natal, o resultado diferente entre esses campos evidencia a diferente valorização no preenchimento. Cabe destacar que o estudo de Coelho et al. (2015) não descreveu o percentual exato de não preenchimento destes campos, apenas observou preenchimento do campo 'DUM' e 'DPP' na faixa entre 90 e 100%, no entanto esta faixa pode estar compreendida tanto na classificação 'bom' quanto na classificação 'excelente' se for considerado o escore de Romero & Cunha (2006). Dessa forma, não é possível comparar este estudo com o escore encontrado nos demais estudos que observaram essas variáveis.

O agrupamento de variáveis que retratou o preenchimento de campos referente ao exame clínico foi observado por Zago (2008), Santos Neto et al. (2012), Carrilho (2014), Coelho et al. (2015) e Cristofaro (2017) observando completude de preenchimento 'muito ruim', se avaliados pelo critério de Romero & Cunha (2006) em todas as seguintes variáveis 'exame clínico geral', 'mamas', 'odontológico', 'pélvis' e 'Papanicolau'.

Apesar da necessidade de acompanhamento do peso durante a gestação com parâmetros preconizados pelo MS (BRASIL, 2012), os campos do cartão que descrevem peso, estatura e aplicação dos dados no ‘gráfico de acompanhamento nutricional da gestante’ somente foram observados por Coelho et al. (2015), e ainda assim, resultaram em classificação diferente de cada campo (peso obteve preenchimento ‘excelente’, estatura, preenchimento ‘ruim’ e o ‘gráfico de acompanhamento nutricional da gestante’, preenchimento ‘muito ruim’). Os campos ‘peso’ e ‘estatura’ também foram descritos por Santos Neto et al. (2012) com resultado ‘ruim’ e ‘muito ruim’, respectivamente. E ainda, Cristofaro (2017) avaliou os campos ‘peso’ e ‘gráfico de acompanhamento nutricional da gestante’ e observou resultado muito díspare entre os campos (peso obteve escore ‘excelente’ (3,61% de não preenchimento) enquanto o ‘gráfico de acompanhamento nutricional da gestante,’ escore ‘muito ruim’ (97,75% de não preenchimento)). Esses resultados revelam descontinuidade de preenchimento e possível desvalorização acerca da avaliação antropométrica e da adequação de ganho de peso da gestante. Destaca-se que tal avaliação visa prevenir desfechos maternos e neonatais desfavoráveis, tais como diabetes *mellitus* gestacional, hipertensão arterial, macrossomia, morte perinatal, BPN, entre outros (ARAÚJO et al., 2017).

Os campos do cartão que retratam a realização de exames também foram avaliados de diferentes formas pelos autores. Os estudos selecionaram poucos exames para esta análise, e ainda não descreveram o critério de seleção. Considerando os exames que compõem o pacote mínimo proposto pelo PHPN a serem realizados na primeira rotina (glicemia, sorologia para sífilis, sorologia para HIV, exame de urina (EAS)) e na segunda rotina (glicemia, sorologia para sífilis, sorologia para HIV) apenas Zago (2008) e Santos Neto et al. (2012) avaliaram a completitude desses campos. Os autores encontraram preenchimento ‘ruim’ em todos os exames descritos na primeira rotina e ‘muito ruim’ na segunda rotina. Cabe ponderar que, além do preenchimento pelo profissional, esse resultado é dependente da boa estruturação dos fluxos de referência e contrarreferência. Ainda assim, é importante destacar a extrema relevância desses campos no atendimento pré-natal, uma vez que o não preenchimento sugere o subregistro ou a não realização de um exame dificultando a continuidade do cuidado. Tendo em vista que o cartão da gestante é uma fonte de dados fundamental para levantamento epidemiológico, é essencial a padronização do método que permita comparação do resultado encontrado,

viabilizando aplicação do princípio do SUS de utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 1990).

A comparação entre os estudos foi dificultada pelas diferenças metodológicas adotadas pelos estudos selecionados, especialmente no que se refere aos diferentes modelos de cartão avaliados e ao método empregado para apresentar os resultados.

É recomendado que novos estudos que se propõem a avaliar a completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil sejam realizados com base em documentos oficiais que norteiem as ações da assistência pré-natal, como exemplo, o pacote mínimo de serviços a serem oferecidos às gestantes em todo território nacional proposto pelo PHPN (BRASIL, 2002).

Embora tenham ocorrido diferenças metodológicas entre os artigos selecionados, os sete estudos concluíram que o preenchimento do cartão da gestante foi insatisfatório, o que pode refletir a não realização de condutas ou ainda o subregistro destas. Diante dessa situação é recomendada a valorização do uso e do preenchimento do cartão da gestante no modelo proposto pelo MS. Cabe ponderar que o cartão da gestante no Brasil é apresentado em diversos modelos com diagramações distintas e muitas vezes o espaço destinado ao preenchimento pode não ser suficiente para o registro podendo ocasionar registros ilegíveis, dificultando a interpretação dos dados (OBA & TAVARES, 1998; CARVALHO, 2004; CARRILHO, 2014).

Portanto, a completitude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil é de extrema importância, pois viabiliza o fornecimento de informações acuradas que podem subsidiar a formulação de políticas públicas, a garantia da integralidade e a continuidade do cuidado previstas no SUS (BRASIL, 1990) e na PNAB (BRASIL, 2017), bem como contribuir para que as gestantes não sejam expostas a repetição de condutas ou ainda ao negligenciamento que podem fragilizar o cuidado pré-natal em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática acerca da avaliação de completude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil

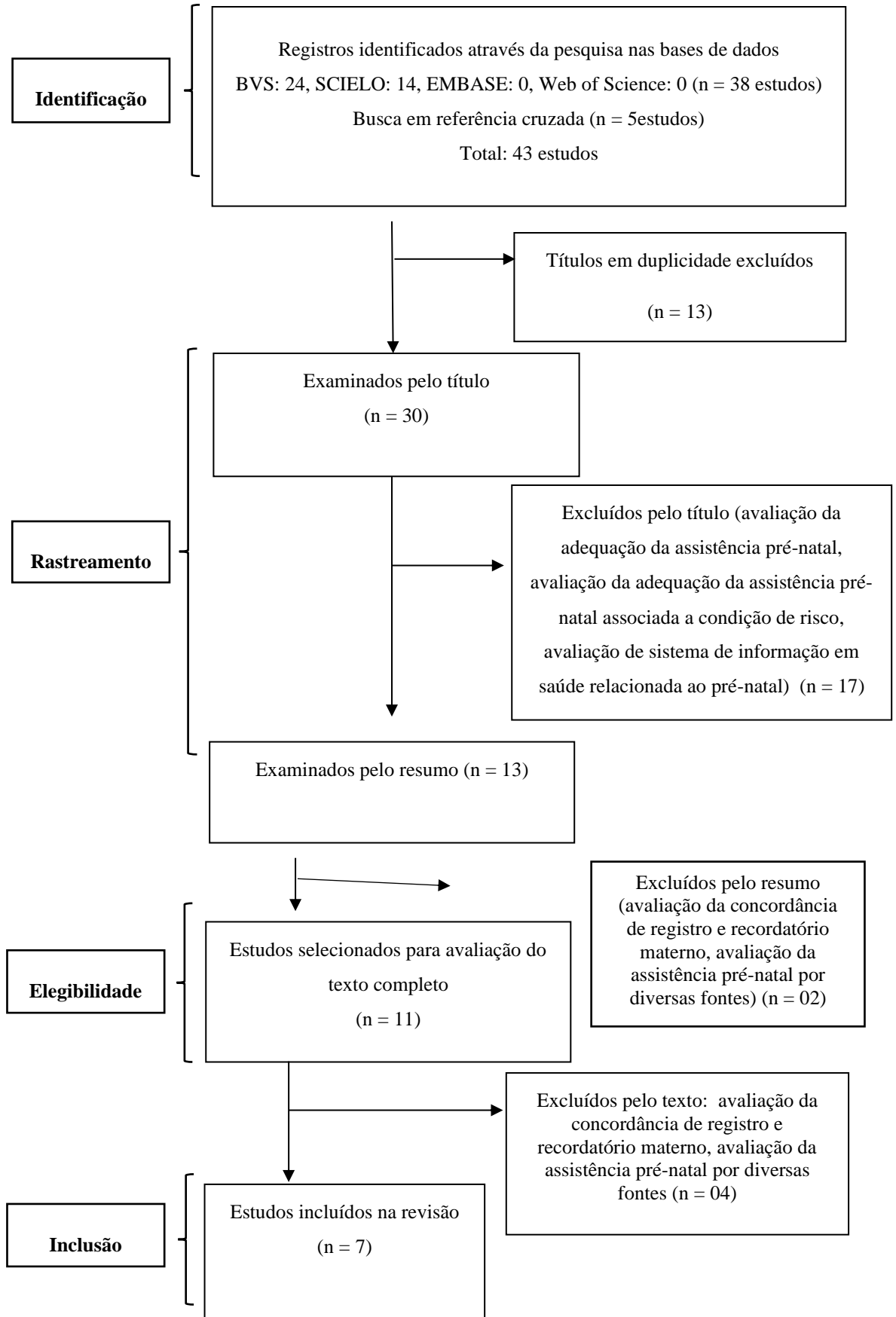


Tabela 1. Síntese dos artigos que avaliaram a completude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil

Autores	Santos et al	Coelho et al	Santos Neto et al	Carvalho et al	Carrilho	Cristofaro	Zago
País/Local de origem do estudo	Brasil/Tesenina, Piauí	Rio Grande do Norte município Santa Cruz	Região Metropolitana da Grande Vitória	São Paulo	Brasil/ Belo Horizonte	Brasil/ Rio de Janeiro	Brasil/Florianópolis
Período de coleta dos dados	Outubro a novembro de 2014	Julho a novembro de 2011	Abril a setembro de 2010.	Fevereiro de 2001	outubro de 2012 a janeiro de 2013	janeiro a maio de 2017	fevereiro de 2008
Tipo de unidade do estudo	Maternidade pública de referência estadual, no bairro Ilhotas em Teresina-Pi	Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Maternidades públicas ou privadas conveniadas ao SUS localizadas na Região Metropolitana da Grande Vitória	Maternidade privada do município de São Paulo	Pública	Pública	Pública

Tabela 1. Síntese dos artigos que avaliaram a completude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil

Autores	Santos et al	Coelho et al	Santos Neto et al	Carvalho et al	Carrilho	Cristofaro	Zago
Tamanho da amostra	241 cartões das gestantes	81 cartões das gestantes	1006 cartões das gestantes	19 cartões das gestantes	185 cartões da gestante	805 cartões da gestante	115 cartões da gestante
Critérios de elegibilidade	Gestantes admitidas na maternidade onde o estudo foi realizado, maiores de 18 anos	Puérpera maior de 18 anos, pré-natal realizado na rede pública em unidades básicas de saúde	Mulheres que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na Região Metropolitana da Grande Vitória	Gestantes no alojamento conjunto da maternidade onde o estudo foi realizado, a partir do segundo dia de puerpério	puérperas no Alojamento Conjunto da maternidade onde o estudo foi realizado, Gestação de baixo risco, ter realizado pré-natal em município da região metropolitana de Belo Horizonte	puérperas no Alojamento Conjunto da maternidade onde o estudo foi realizado, pré natal nas unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro	puérperas no Alojamento Conjunto da da maternidade onde o estudo foi realizado

Tabela 1. Síntese dos artigos que avaliaram a completude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil

Autores	Santos et al	Coelho et al	Santos Neto et al	Carvalho et al	Carrilho	Cristofaro	Zago
Critérios de exclusão	Não descrito	Gestação de risco e/ou de doença psiquiátrica	pré-natal (todo ou parte) no sistema privado ou fora da Grande Vitória.	Não descrito	parto prematuro, não ter realizado o pré-natal na região metropolitana de Belo Horizonte	não ter realizado o pré-natal na rede pública do Rio de Janeiro, não estar em boas condições clínicas e parto antes de 37 semanas	Parto prematuro, não ter realizado o pré-natal em Florianópolis
Critério utilizado para avaliação do preenchimento	Frequência relativa	Frequência relativa e categorização pelo critério de Romero & Cunha	Frequência relativa e categorização pelo critério de Romero & Cunha	Frequência relativa	Frequência relativa	Frequência relativa e categorização pelo critério de Romero & Cunha	Frequência relativa

Tabela 1. Síntese dos artigos que avaliaram a completude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil

Autores	Santos et al	Coelho et al	Santos Neto et al	Carvalho et al	Carrilho	Cristofaro	Zago
Modelo de cartão avaliado	não descrito	não descrito	não descrito	não descrito	padronizado pelo MS, modelo próprio de Belo Horizonte e próprio do palno de saúde	Não descrito	cartão da secretaria municipal
Principais Resultados	Registro insatisfatório e incompleto nos cartões da gestante	Baixo índice de completude nos cartões da gestante analisados (80,2% foi classificado como ruim, 12,3% como	Preenchimento das informações/nos cartões foi ruim (incompletude > 20%)	Registro insatisfatório nos cartões da gestante	O estudo evidenciou inadequação de informações importantes	O estudo concluiu que o preenchimento dos dados dos cartões das gestantes atendidas na Rede Básica do Município	preenchimento incompleto e, em alguns casos, insuficiente para assegurar à mulher o direito de um ciclo grávido-puerperal seguro e saudável

Tabela 1. Síntese dos artigos que avaliaram a completude de preenchimento do cartão da gestante no Brasil

regular, 7,4%	do Rio de
como muito	Janeiro ainda
ruim e	revela
nenhum como	uma taxa de
excelente ou	incompletude
bom)	muito elevada

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARVALHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Local do Pré-Natal	NA	NA	Ruim (46,7%)	Excelente (0%)	NA	Regular (22,46%)	NA
Maternidade de referência	NA	NA	NA	NA	Muito ruim (63,2%)	Regular (17,65%)	NA
Profissional que fez o preenchimento	NA	Excelente	NA	Excelente	NA	NA	NA
Profissional que fez o primeiro atendimento	Ruim (34%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Profissional que fez o sexto atendimento	Muito Ruim (63,50)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Data da 1ª Consulta	NA	NA	Excelente (1,60%)	NA	NA	NA	NA
Nome	NA	NA	NA	Ruim (37%)	NA	Excelente (0,53%)	NA
Idade	Bom (6,60%)	Ruim (43,20%)	Ruim (23,90%)	Regular (16%)	NA	Ruim (33,42%)	NA
Estado Civil	Bom (9,50%)	NA	Ruim (45,60%)	NA	NA	Regular (18,69%)	NA
Identificação (nome, idade e endereço e/ou telefone)	NA	NA	NA	NA	20,50%	NA	NA
Alfabetização	Regular (14%)	NA	Ruim (43,30%)	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Anos de Estudo	NA	NA	Ruim (45,30%)	NA	NA	Regular (23,51%)	NA
Antecedente familiar diabetes mellitus	Regular (10,30%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Antecedente pessoal	NA	NA	Muito Ruim (76,90%)	Ruim (21%)	Ruim (39,5%)	Regular (21,05%)	NA
Antecedente pessoal hipertensão arterial	Regular (12,80%)	NA	NA	Regular (11%)	NA	NA	NA
Antecedente pessoal diabetes mellitus	Regular (12,50%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Antecedentes obstétricos ,	NA	NA	NA	NA	Excelente (4,3%)	Regular (13,91%)	Excelente (2,6%)

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

Numero de Gestações	Bom (8,30%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de abortos	Ruim (34%)	NA	Ruim (46%)	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de partos	Ruim (24,10%)	NA	Ruim (27,20%)	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de partos vaginais	Ruim (43,20%)	NA	Ruim (49,40%)	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de partos cesário	Ruim (60,60%)	NA	Ruim (72,90%)	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de filhos nascidos vivos	Ruim (61,80%)	NA	Ruim (53,20%)	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de filhos nascidos mortos	Ruim (79,30%)	NA	Ruim (90,00%)	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de filhos que vivem	NA	NA	Muito Ruim (60,20%)	NA	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARVALHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Numero de filhos mortos na primeira semana	NA	NA	Muito Ruim (94,80%)	NA	NA	NA	NA	NA
Numero de filhos mortos na primeira semana	NA	NA	Muito Ruim (94,90%)	NA	NA	NA	NA	NA
Recém nascido com peso < 2500g	Muito Ruim (67,2%)	NA	Muito Ruim (78,60%)	NA	NA	NA	NA	NA
Recém nascido com maior peso	Excelente (0,8%)	NA	Muito Ruim (77,00%)	NA	NA	NA	NA	NA
Amamentação	Muito Ruim (77,20%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARVALHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Semanas de amenorréia	NA	Excelente ou bom (0-10%)	NA	NA	NA	NA	NA
Idade Gestacional	NA	NA	NA	NA	Regular (10,8%)	Excelente (4,12%)	NA
DUM	Bom (10%)	Excelente ou bom (0-10%)	Ruim (24%)	NA	NA	Regular (10,64%)	Excelente (2,6%)
DPP	Regular (14,25%)	Excelente ou bom (0-10%)	Ruim (28,6%)	NA	NA	Bom (7,75%)	Bom (7,7%)
Fumo	Muito ruim (67,2%)	Ruim (40-50%)	Ruim (24%)	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Exame Clínico geral	NA	NA	Muito Ruim (85,30%)	NA	NA	NA	NA
Mamas	NA	Muito Ruim (60-70%)	Muito Ruim (86,80%)	NA	Muito Ruim (84,9%)	Muito Ruim (96,49%)	NA
Odontológico	NA	Muito Ruim (90-100%)	Muito Ruim (94%)	NA	Muito Ruim (90,3%)	Muito ruim (70,10%)	NA
Pélvis	NA	Muito Ruim (90-100%)	Muito Ruim (92,20%)	NA	NA	NA	NA
Papanicolau	NA	Muito Ruim (90-100%)	Muito Ruim (91,10%)	Muito Ruim (74%)	Muito Ruim (81,6%)	Muito Ruim (75,87%)	Muito ruim (77%)
Colposcopia	NA	Muito Ruim (90-100%)	Muito Ruim (94,90%)	NA	NA	NA	NA
Cérvix	NA	Muito Ruim (90-100%)	Muito Ruim (94,10%)	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Pressão Arterial	NA	Excelente ou bom (0-10%)	NA	Regular (11%)	Regular (16,8%)	Excelente (2,74%)	NA
Altura Uterina	NA	NA	NA	NA	Regular (17,8%)	Regular (12,58%)	NA
Altura Uterina e Movimento Fetal	NA	Excelente ou bom (0-10%)	NA	Ruim (32%)	NA	NA	NA
Curva Altura Uterina x IG	NA	Muito Ruim (70,40%)	NA	NA	NA	NA	Muito ruim (52,1%)
6º Consulta: Altura Uterina	Muito Ruim (54,80%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Edema MMII	NA	NA	NA	Muito Ruim (100%)	Muito Ruim (81,1%)	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
1º Consulta: Edema	Muito Ruim (90,90%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6º Consulta: Altura Edema	Muito Ruim (93,40%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Batimento Cardíaco Fetal	NA	NA	NA	Muito Ruim (79%)	Regular (13%)	Regular (24,31%)	NA
Apresentação fetal	NA	NA	NA	NA	Muito Ruim (89,2%)	NA	NA
Movimento fetal	NA	NA	NA	NA	Ruim (20%)	Ruim (28,18%)	NA
6º Consulta: Batimento Cardíaco Fetal	Muito Ruim (71,80%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6º Consulta: Movimento Fetal	Muito Ruim (52,20%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Dados antropométricos anterior (peso e estatura)	NA	NA	NA	NA	Ruim (27%)	NA	NA
IMC	NA	NA	NA	NA	Muito ruim (96,8%)	NA	NA
IMC em consultas com IG maior que 20 semanas	NA	NA	NA	NA	Muito ruim (97,8%)	NA	NA
Peso	NA	Excelente (1,20%)	NA	Muito Ruim (69%)	Ruim (25,9%)	Excelente (3,61%)	NA
Curva de Peso/Idade Gestacional	NA	Muito Ruim (80,20%)	NA	NA	NA	Muito ruim (97,75%)	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Hematócrito	Regular 14,50%	NA	Ruim (34,80%)	NA	NA	NA	NA
Hemoglobina	Regular (13%)	NA	Ruim (28,60%)	NA	NA	NA	NA
Anti-HBS	NA	NA	Ruim (50%)	Muito Ruim (90%)	NA	NA	NA
VDRL	Regular (14,50%)	Muito Ruim (70-80%)	Ruim (28,20%)	NA	Ruim (23,2%)	Ruim (27,7%)	Ruim (28,1%)
Toxoplasmose	NA	NA	Muito Ruim (80,70%)	NA	Ruim (29,2%)	NA	Ruim (33,3%)
Urina Tipo 1	Regular (16,60%)	NA	Ruim (32,90%)	NA	Ruim (22,2%)	Ruim (44,3%)	Ruim (30,8%)
Outros Exames	Muito Ruim (53,90%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARRILHO ET AL	CARVALHO ET AL	CRISTOFARO	ZAGO
Vacinação dT	NA	Muito Ruim (50-60%)	Muito Ruim (59,30%)	NA	NA	NA	NA
Vacinação hepatite B	Muito Ruim (98%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Segunda rotina	NA	NA	NA	NA	Muito ruim (63,8%)	NA	NA
Segunda Rotina: Tipo Sanguíneo e RH	NA	NA	Muito Ruim (90,50%)	NA	NA	NA	NA
Segunda Rotina: VDRL	NA	NA	Muito Ruim (65,50%)	NA	NA	NA	Ruim (49,6%)
Segunda Rotina: EAS	NA	NA	Muito Ruim (65,10%)	NA	NA	NA	Ruim (41,9%)
Segunda Rotina: Glicemia	NA	NA	Muito Ruim (63,90%)	NA	NA	NA	Muito ruim (55,6%)

Tabela 2: Comparativo entre os estudos sobre preenchimento de campos do cartão da gestante relacionados à acesso, vínculo, identificação, antecedente familiar, pessoal e obstétrico: percentual de incompletude e categorização pelo escore de Romero&Cunha

AUTORES	SANTOS ET AL	COELHO ET AL	SANTOS NETO ET AL	CARVALHO ET AL	CARRILHO	CRISTOFARO	ZAGO
Segunda Rotina: hemoglobina	NA	NA	Muito Ruim (63,70%)	NA	NA	NA	Ruim (46,2%)
Segunda Rotina: hematócrito	NA	NA	Muito Ruim (67,9%)	NA	NA	NA	NA
Segunda Rotina: HIV	NA	NA	Muito Ruim (74,8%)	NA	NA	NA	Muito ruim (76,1%)
Legibilidade	NA	NA	NA	Ruim (37%)	Excelente (4,9%)	NA	NA

- Não se aplica

Referências

BRASIL. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**. Brasília, DF: 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 20 Jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 18055, 20 novembro 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 183, p. 68, 22 novembro 2017. Seção 1, pt. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: Ministério da Saúde. Brasília, DF: 1988. (Série A. Normas e manuais técnicos, nº 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF: 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. reimpressão. Brasília, DF: 2002.

CARRILHO, J. M. **Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte**. 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, G.M. et al. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **Ver. Min. Enf.**, Minas Gerais, v.8, n.4, p. 449-454. 2004. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/704>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

COELHO, T. T. G. et al. Avaliação do grau de completude do cartão da gestante de puérperas atendidas em um hospital universitário. **Revista brasileira de ciências da saúde**, Santa Cruz, RN, v.19, n.2, p. 117-122. 2015. Disponível em:<

<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22098>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L.; Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p. 4467-4478. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232014001104467&lng=en>. Acesso em: 25 jan. 2019.

CRISTOFARO, M. A. G. **Avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão da gestante**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2017.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 1025-1029. 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400037&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 09 Mar. 2020.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 487-492. 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000300004&lng=en >. Acesso em: 11 Mar. 2019.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 2095-2109. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001000002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

POLGLIANE, R. B. S.; SANTOS NETO, E. T.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.36, n.6, p. 269-275. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032014000600269&lng=en >. Acesso em: 11 Mar. 2019.

POLIDO, C. B. A. **O Sisprenatal como instrumento de avaliação da assistência à gestante no município de São Carlos, SP**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, SP, 2010.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 673-681. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022 >. Acesso em: 08 mar. 2020.

SANTOS NETO, E. T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2012. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS NETO, E. T. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 256-266. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200005>. Acesso em: 08 de mar. 2020.

SANTOS NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p. 1650-1662. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SANTOS, T. M. M. G.; ABREU, A. P. S. B.; CAMPOS, T. G. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.11, n.7, p. 2939-2945. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/8458/19206>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

ZAGO, F. E. **Análise do Cartão da Gestante de pacientes no puerpério imediato atendidas na Maternidade Carmela Dutra**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2

2 ARTIGO 2

Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da
Saúde no Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar, em âmbito nacional, a completitude de preenchimento do cartão da gestante em modelo padronizado pelo Ministério da Saúde.

Métodos: Trata-se de estudo transversal de âmbito nacional e de base hospitalar, realizado entre 2011 a 2012, cuja população foi composta por puérperas e seus recém-nascidos. Foram elegíveis, para esta análise, as mulheres atendidas na rede pública de saúde e que apresentaram o cartão da gestante do Ministério da Saúde, totalizando 6.577 cartões. Para avaliação da completitude sob o aspecto qualitativo, foram utilizadas variáveis relacionadas aos antecedentes clínicos e obstétricos, dados da gestação atual e resultados de exames de rotina. O preenchimento foi classificado segundo proporção de incompletude em ‘excelente’ (<5%), ‘bom’ (5% a 10%), ‘regular’ (10% a 20%), ‘ruim’ (20% a 50%), ‘muito ruim’ (incompletude > 50%) para o país e macrorregiões. Para avaliação do aspecto quantitativo (época de início e número de consultas) foi utilizado o índice de Kotelchuck.

Resultados: A média de completitude de preenchimento dos campos dos cartões foi ‘ruim’ no Brasil e macrorregiões, exceto a região Sul, que apresentou resultado ‘regular’. Com base no índice de Kotelchuck, a assistência pré-natal foi adequada em 57% das gestantes.

Conclusão: A maior inadequação segundo critérios qualitativos indica falhas no preenchimento do cartão da gestante, bem como a necessidade de melhoria da assistência pré-natal no Brasil. Além disso, é de suma importância enfatizar a necessidade do uso e preenchimento do cartão da gestante, especialmente o modelo padronizado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: Cuidado Pré-Natal; Avaliação de Processos; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Gravidez.

ABSTRACT

Objective: To assess, in a national scope, the completeness of filling in of the pregnant woman's card in standardized model by the Health Ministry. **Methodology:** It is a cross-sectional study of national scope and hospital basis, accomplished between 2011 and 2012, whose population was composed of breastfeeding women and their newborn babies. For this analysis, women who were assisted by the public health care network and who presented the pregnant woman's card, were eligible, totaling 6,577 cards. For assessment of completeness under qualitative aspect, clinical and obstetric history-related variables, current pregnancy data and routine exams results were used. The filling in was classified regarding proportion of incompleteness in 'excellent' (<5%), 'good' (from 5% to 10%), 'regular' (from 10% to 20%), 'bad' (from 20% to 50%), 'very bad' (incompleteness > 50%) for the country and macro-regions. To assess the quantitative aspect (season of beginning and number of appointments) Kotelchuck index was used. **Results:** The average of completeness in the filling in of the blanks of the cards was 'bad' in Brazil and macro-regions, except for the south region, which presented a 'regular' result. Based on the Kotelchuck index, the prenatal assistance was suitable at 57% of the pregnant women. **Conclusion:** The major discrepancy according to qualitative criteria indicates failures at the filling in of the pregnant woman's card, as well as the need for improvement of prenatal assistance in Brazil. Beyond that, it is important to emphasize the need for usage and filling in of the pregnant woman's card, especially the standardized model by the Health Ministry.

Keywords: Prenatal Care; Processes assessment; Health Care Assessment; Health Care Assistance Quality; Pregnancy.

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 trouxe princípios e diretrizes que enfatizam a importância das informações e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais. Para tanto, a produção, o gerenciamento e a divulgação da informação em saúde são fundamentais, especialmente em um país de grande dimensão territorial como o Brasil (BRASIL, 1990).

Para a produção de informação em saúde, no que diz respeito a assistência pré-natal, diversas fontes podem ser utilizadas (entrevistas com as mulheres, com os seus acompanhantes e/ou familiares, dados registrados em prontuário ou no cartão da gestante). Além disso, podem ser utilizados diferentes critérios que abordem o aspecto quantitativo (número de consultas realizadas) ou o aspecto qualitativo (conteúdo da assistência) (SILVEIRA & SANTOS, 2004).

O índice de Kotelchuck (1996) propõe a avaliação da utilização da assistência pré-natal pelo aspecto quantitativo através da medida, de forma isolada ou combinada, da época de início do acompanhamento pré-natal e da quantidade de consultas recebidas corrigida para a idade gestacional no nascimento. No entanto, estudos nacionais realizados entre 2012 e 2017 em capitais brasileiras demonstraram a necessidade de avaliação da assistência também pelo aspecto qualitativo através de critérios que permitam a avaliação do conteúdo da assistência oferecida, tendo em vista que mesmo com o aumento do acesso à assistência pré-natal, ainda persistem os desfechos perinatais negativos (DOMINGUES et al., 2012; SANTOS NETO, 2012; SANTOS et al., 2017; CRISTOFARO, 2017).

Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro (Cristofaro, 2017), verificou-se disparidade dos resultados da avaliação da assistência pré-natal quando comparados diferentes critérios, com 89,5% das mulheres apresentando adequação do pré-natal de acordo com o índice de Kotelchuck e apenas 22% pelo critério qualitativo segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Nesse mesmo estudo, a completude de preenchimento do cartão da gestante foi avaliada como 'ruim' com base no escore de Romero & Cunha (2006). A disparidade nos resultados pode ser explicada pelo fato do índice de Kotelchuck privilegiar aspectos quantitativos da assistência pré-natal, enquanto que a avaliação qualitativa inclui aspectos da assistência que dependem do preenchimento das informações no cartão da gestante. Portanto, o cartão da gestante, se for adequadamente preenchido, fornece dados para

avaliação da assistência pré-natal através de indicadores que permitam subsidiar processos de vigilância e atenção à saúde fundamentais à organização e ao planejamento do serviço pré-natal (BARRETO & ALBUQUERQUE, 2012; CARRILHO, 2014).

A avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante é primordial para o conhecimento de sua potencialidade como fonte de informação em saúde, já que dados incompletos não representam adequadamente a realidade estudada e inviabilizam a avaliação de outras dimensões de qualidade (ROMERO & CUNHA, 2006; CORREIA et al., 2014; CRISTOFARO, 2017). Revisão sistemática de estudos publicados entre 2004 e 2014 evidenciou que 80% dos estudos que avaliaram a completitude dos dados em Sistemas de Informação em Saúde no Brasil adotaram o escore de Romero & Cunha (CORREIA et al., 2014).

Entretanto, os estudos que avaliaram a completitude do cartão da gestante são escassos e díspares no que tange aos métodos de avaliação empregados, além de serem de âmbito local (CARVALHO et al., 2004; ZAGO, 2008; SANTOS NETO et al., 2012; CARRILHO, 2014; COELHO et al., 2015; CRISTOFARO, 2017; SANTOS et al., 2017).

O presente estudo tem como objetivo avaliar, em âmbito nacional, a completitude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde (MS) para o país e macrorregiões.

Métodos

O presente estudo analisou os dados da pesquisa de âmbito nacional e de base hospitalar – “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada com puérperas e seus recém-nascidos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

O desenho da amostra desse estudo foi probabilístico, em três estágios: o primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde, o segundo, aos dias de coleta de dados e o terceiro estágio, às puérperas. O detalhamento do desenho amostral e dos instrumentos utilizados estão descritos em Vasconcellos et al. (2014) e Leal et al. (2014), respectivamente.

Foram consideradas elegíveis para esta análise 6.577 puérperas atendidas na rede pública de saúde e que apresentaram o cartão da gestante padronizado pelo MS, no modelo vigente à época do estudo ou em modelos anteriores.

Para avaliação da completitude sob o aspecto qualitativo foram utilizadas variáveis descritas no PHPN (2002) e no Manual Técnico de Assistência Pré-natal (2005) do MS, e que estão disponíveis no modelo de cartão da gestante do MS. As variáveis

selecionadas, considerando o critério supracitado e a disponibilidade no estudo principal foram: (1) antecedentes pessoais: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e cirurgia pélvica; (2) antecedentes obstétricos: número de gestações, abortos, partos vaginais, cesarianas, filhos nascidos vivos, natimortos e com baixo peso ao nascer (BPN); (3) gestação atual: peso anterior, estatura, data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), data da primeira consulta, peso na primeira consulta, idade gestacional na primeira consulta; (4) primeira rotina de exames (glicemia, sorologia para sífilis, sorologia para HIV, exame de urina (EAS), ultrassonografia (USG) antes de 20 semanas) e (5) segunda rotina de exames (glicemia, segunda sorologia para sífilis, segunda sorologia para HIV). Para as variáveis ‘aborto’, ‘parto vaginal’, ‘cesariana’, ‘filho nascido vivo’, ‘natimorto’ e ‘BPN prévio’ foram excluídas as mulheres que tiveram preenchimento ‘zero’ ou ‘um’ na variável ‘gesta’, dado que a ausência de preenchimento desses campos não seria uma falha. Ademais, nas variáveis ‘segundo exame glicemia’, ‘segundo sorologia para sífilis’ e ‘segunda sorologia para HIV’ foram excluídas as mulheres que tiveram parto antes de 34 semanas gestacionais, uma vez que era presumível não haver tempo hábil para o registro do resultado da segunda rotina laboratorial, solicitada no terceiro trimestre gestacional. Para a variável ‘peso anterior’, quando o mesmo não estava preenchido, foi considerado o valor do peso na primeira consulta, desde que essa consulta tenha sido realizada antes da 14ª semana de gestação.

Os registros nos campos dos cartões foram considerados como variáveis dicotômicas: preenchido ou não preenchido. Foi adotado o escore de Romero & Cunha (2006) para avaliar a completude de informações dos cartões das gestantes para o país e segundo macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Esse escore utiliza a proporção de informação ignorada resultando em classificação que varia de excelente a muito ruim: excelente (incompletude <5%), bom (incompletude de 5% a 10%), regular (incompletude de 10% a 20%), ruim (incompletude de 20% a 50%), muito ruim (incompletude > 50%).

Para a avaliação da adequação da assistência pré-natal na perspectiva quantitativa, foi utilizado o índice de Kotelchuck (1996) que se baseia em duas dimensões: idade gestacional no início do pré-natal e percentual de adequação do número de consultas corrigidos para a idade gestacional no parto. A idade gestacional foi calculada por um algoritmo desenvolvido por Pereira et al. (2014). Os dados para compor esse índice foram obtidos preferencialmente nos cartões das gestantes, sendo utilizado dados obtidos nas entrevistas com as puérperas e nos prontuários, quando a informação não estava

disponível no cartão de pré-natal. A adequação do número de consultas considerou a recomendação vigente no período da coleta de dados: início do pré-natal até a 16ª semana gestacional e calendário mínimo de consultas preconizado pelo PHPN (2002) (uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no último). Dessa forma, para as gestações a termo (37 semanas ou mais), o número mínimo de consultas esperadas é igual a seis, sendo menor para as gestações pré-termo.

O percentual de adequação do pré-natal foi definido da seguinte forma: número de consultas realizadas/número de consultas esperadas x 100. As dimensões “idade gestacional no início do pré-natal” e “percentual de adequação do número de consultas” foram combinadas numa medida sumária dividida em quatro categorias: pré-natal inadequado, parcialmente adequado, adequado e mais que adequado. As mulheres que iniciaram o pré-natal após a 16ª semana gestacional e/ou que tiveram um percentual de adequação do número de consultas menor que 50%, foram classificadas na categoria “pré-natal inadequado”. Para as mulheres que iniciaram o pré-natal entre a 1ª e 16ª semana gestacional, a adequação do pré-natal foi definida com base nos pontos de corte do percentual de adequação do número de consultas: parcialmente adequado (50-79%), adequado (80-109%) e mais que adequado (110% ou mais).

Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 20.0. Foi realizada análise descritiva de dados para amostras complexas com a inclusão de efeito de desenho para a obtenção de médias e frequências extraídos dos cartões das gestantes.

Resultados

Do total amostral do estudo principal (23.894), foram excluídas as mulheres que não realizaram pré-natal (1,2%), que não apresentaram o cartão da gestante na admissão para o parto (27,3%), que não apresentaram cartão da gestante com modelo padronizado pelo MS (41,8%) e as mulheres que apresentaram cartão da gestante com modelo padronizado pelo MS, mas não realizaram pré-natal na rede pública (2,12%). Assim, foram analisadas 6.577 puérperas, correspondendo a 27,5% da amostra total.

A Tabela 1 contém os percentuais de incompletude de preenchimento de campos do cartão da gestante para o país e macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). O preenchimento das informações referentes ao bloco dos registros do cartão da gestante referente aos antecedentes pessoais ‘diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e

cirurgia pélvica/uterina' foi avaliada como 'regular' no Brasil e nas regiões do país, com exceção da região Norte que apresentou preenchimento 'bom'.

Sobre o bloco dos registros do cartão da gestante referente aos antecedentes obstétricos, a maioria obteve avaliação 'excelente' no Brasil variando de 0% até 4,7% de incompletitude nos campos 'gesta', 'aborto', 'parto vaginal' e 'cesariana'. As regiões Norte, Nordeste e Sul obtiveram incompletitude 'excelente' nos quatro campos descritos.

No bloco referente a gestação atual, o preenchimento de 'peso anterior' e 'estatura' foi avaliado como 'ruim' para o país e todas as macrorregiões. Os campos 'DUM' e 'DPP' tiveram 'bom' preenchimento no Brasil. Na região Norte, a 'DUM' e a 'DPP' obtiveram classificação 'excelente', enquanto na região Sudeste, Sul e Centro-Oeste a classificação foi 'regular'. O registro de 'USG até 20 semanas' obteve incompletitude 'regular' no Brasil, e pior desempenho nas regiões Norte e Centro-Oeste (escore 'ruim'). Dentre os registros que devem ser realizados na primeira consulta, observaram-se resultados díspares. O campo 'data da primeira consulta' teve preenchimento 'excelente' no Brasil, enquanto o campo 'peso na primeira consulta' apresentou escore 'muito ruim'.

Sobre o registro nos cartões da primeira rotina de exames laboratoriais, verificou-se que 'EAS', 'glicemia' e 'sorologia para sífilis' tiveram preenchimento 'regular', enquanto a sorologia para HIV apresentou preenchimento 'ruim'. Na avaliação da segunda rotina laboratorial, todos os exames apresentaram preenchimento 'muito ruim', alcançando 77,3% de incompletitude para o campo 'segunda sorologia para HIV'.

A análise por blocos dos registros do cartão da gestante revelou média de preenchimento 'regular' (13,4%) para os antecedentes pessoais, 'bom' para antecedentes obstétricos (7,0%), 'ruim' (21,1%) para os registros da gestação atual, 'regular' (19,9%) para 'os exames de primeira rotina' e 'muito ruim' (68,5%) para os exames de segunda rotina.

Considerando todos os campos (25 variáveis) avaliados, classificou-se o preenchimento no país como 'ruim', com 21,5% de incompletitude de preenchimento. Todas as regiões apresentaram preenchimento 'ruim', com exceção da região Sul, onde o preenchimento do cartão foi avaliado como 'excelente'.

A análise quantitativa da assistência pré-natal evidenciou que 58% dos cartões atingiram adequação do pré-natal (adequado/mais que adequado), enquanto, 42% foram classificados em inadequado/parcialmente inadequado (**Tabela 2**)

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que a completude de preenchimento global dos cartões da gestante preconizados pelo Ministério da Saúde apresentou avaliação “ruim” para o país e macrorregiões, com exceção da região Sul, que apresentou escore “regular”. Este resultado, obtido com análise exclusiva do cartão, foi semelhante ao de estudos que utilizaram diferentes fontes, como entrevistas e prontuários (TOMASI et al., 2017; SILVA et al., 2019).

A completude de preenchimento apresentou variação conforme o tipo de informação registrada. O bloco com melhor preenchimento foi o que contém informações sobre antecedentes obstétricos, que variou de “bom” a “regular”, embora com preenchimento “ruim” para campos específicos em algumas regiões (por exemplo, preenchimento ruim para “baixo peso ao nascer” na região Sudeste). Ainda assim, o cenário é muito superior ao observado em Vitória/Espírito Santo, dado que o preenchimento dos antecedentes obstétricos variou entre ‘ruim’ e ‘muito ruim’ na análise de 1.006 cartões de gestantes atendidas em unidades públicas ou conveniadas ao SUS (SANTOS NETO et al., 2012). Uma explicação para essa diferença observada foi a exclusão, no presente estudo, dos cartões em que a variável ‘gesta’ estava preenchida como “zero” ou “um”, dado que a ausência de preenchimento dos campos subsequentes, sobre números de partos, abortos e desfechos neonatais não seria uma falha, já que não seriam campos aplicáveis a uma mulher em sua primeira gestação. No estudo realizado em Vitória essa exclusão não foi feita, o que resultou num pior escore de preenchimento.

Cabe destacar a relevância do preenchimento desses campos, dado que fatores como a história das gestações anteriores, ocorrência de abortos, natimortos e prematuros, frequentemente estão relacionados com o nascimento de recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso (ARAUJO & TANAKA, 2007). Outro ponto a ser destacado é a relevância do preenchimento da paridade, já que alguns estudos a descrevem como um dos fatores determinantes para a adequação do pré-natal. Isso se dá pelo fato de mulheres múltiparas realizarem menor número de consultas em relação às primíparas (GOUDARD et al., 2016, SILVA et al., 2019).

O bloco dos antecedentes pessoais, como ‘diabetes *mellitus*’, ‘hipertensão arterial’ e ‘cirurgia pélvica’, essenciais para a classificação de risco gestacional (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012), apresentou preenchimento ‘regular’ no Brasil e na região Sudeste, de forma semelhante a dois estudos conduzidos em capitais brasileiras da região Sudeste que também descreveram a completude de preenchimento desses campos como ‘regular’.

No entanto, esses estudos não discriminaram as variáveis avaliadas e forneceram o resultado agrupado, o que dificultou a comparação dos achados (CARRILHO, 2014; CRISTOFARO, 2017).

Realizando uma análise conjunta dos blocos supracitados, que devem ser preenchidos na primeira consulta de pré-natal a partir de uma adequada anamnese visando melhor avaliação do risco gestacional baseado nos antecedentes clínicos e obstétricos, o cenário observado no presente estudo indica a necessidade de melhor aproveitamento dos contatos entre os profissionais de saúde e as gestantes na unidade de saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012), que permita a identificação do risco gestacional pelo profissional para que sejam realizadas orientações e encaminhamentos ao longo da gestação (SANTOS NETO et al., 2012; BRASIL, 2012; TOMASI et al., 2017).

O bloco relativo aos dados da gestação atual foi o que apresentou a menor qualidade de preenchimento, porém com variação da qualidade de preenchimento conforme o tipo de informação. O campo “data da consulta” foi o que apresentou o maior registro, sendo uma informação que independe da interação do profissional com a gestante. Os campos DUM, DPP e idade gestacional na primeira consulta apresentaram grande variação entre as regiões, com maior incompletude nas regiões Sul e Sudeste. Essas também foram as regiões com maior registro da ultrassonografia realizada antes da 20^a semana gestacional, refletindo provavelmente um maior uso desse recurso diagnóstico para determinação da idade gestacional nessas regiões. O correto preenchimento de campos relacionados à definição da idade gestacional no início da gestação é fundamental para o monitoramento do crescimento fetal e para a redução de interrupções da gestação por pós-datismo (seja por induções do parto ou realização de cesarianas) decorrentes de erros na estimativa da idade gestacional (RIO DE JANEIRO, 2016).

A USG precoce é considerada padrão-ouro para a estimativa da idade gestacional, o que favorece melhor planejamento para o parto e auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas e de malformações fetais clinicamente não suspeitas. (BRASIL, 2012; DOMINGUES et al., 2015; SANTOS et al., 2017). Estudos anteriores sinalizam que o não preenchimento da USG pode representar a não realização do exame ou o seu subregistro (SANTOS NETO et al., 2012, CRISTOFARO, 2017). Entretanto, dados do estudo “Nascer no Brasil” revelam que quase a totalidade das gestantes refere ter feito exame de USG no pré-natal (Vielas 2014). Dessa forma, o resultado encontrado pode

sugerir a realização do exame após a 20ª semana gestacional e/ou o não registro do seu resultado.

O preenchimento dos campos ‘estatura’ e ‘peso anterior’ apresentou escore “ruim, mesmo utilizando o peso registrado na primeira consulta realizada até a 14ª semana gestacional como proxy do peso pré-gestacional. Cenário semelhante, de baixo preenchimento dessas informações, foi observado em um estudo que avaliou 115 cartões de gestantes atendidas em unidades públicas de Florianópolis (ZAGO, 2008). Em estudo que descreveu o preenchimento do “gráfico de acompanhamento nutricional da gestante”, a avaliação foi ainda mais desfavorável, dado que foi observado o não preenchimento do gráfico em qualquer dos cartões avaliados. No entanto, a mesma pesquisa revelou que, de acordo com o recordatório materno, o peso foi verificado em todas as consultas, sugerindo o procedimento de pesagem é realizado, mas com subregistro desse campo do cartão da gestante (Costa et al., 2009).

As informações sobre estatura e peso são essenciais para avaliação do ganho de peso na gravidez, pois são indicadores antropométricos que permitem o diagnóstico nutricional e a predição de ganho de peso gestacional. A adequação do ganho de peso gestacional visa prevenir desfechos maternos e neonatais desfavoráveis, tais como diabetes *mellitus* gestacional, hipertensão arterial, macrossomia, morte perinatal, BPN, entre outros (ARAÚJO et al., 2017). Tal necessidade é reiterada pela orientação do MS de registrar o estado nutricional tanto no prontuário quanto no cartão da gestante visando a prevenção e controle de agravos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

O preenchimento dos resultados de exames da primeira rotina laboratorial variou de ‘regular’ (glicemia, sorologia para sífilis e EAS) a ‘ruim’ (sorologia para HIV). As sorologias para sífilis e HIV são essenciais para a identificação de gestantes infectadas visando o tratamento da mulher e a adoção de medidas para evitar a transmissão vertical para o concepto. Em relação à sorologia para HIV, alguns estudos (COUTINHO, 2003; CRISTOFARO, 2017) observaram resultado semelhante, com preenchimento inferior a 95%, recomendado pela Organização Mundial de Saúde como indicador de processo para a redução da transmissão vertical. Quanto à sorologia para sífilis, é preconizado que tanto o registro de resultado do exame quanto o tratamento da sífilis estejam inseridos no cartão da gestante (BRASIL, 2012). Ressalta-se que o tratamento adequado reduz agravos, tais como o BPN, a prematuridade, as infecções congênitas e os óbitos perinatais (MAGALHÃES et al., 2011).

Destaca-se a gravidade desses achados diante da importância da realização desse exame para o diagnóstico e a prevenção da transmissão vertical tendo em vista que, de acordo com o MS, a estimativa das taxas de transmissão vertical do HIV sem qualquer intervenção durante a gestação se situam entre 25% e 30%. Deste percentual, 25% se referem à transmissão intraútero e 75%, intraparto (BRASIL, 2012).

O preenchimento do primeiro exame de glicemia precisa ser aprimorado, dado que o diabetes *mellitus* na gestação está associado a maior morbimortalidade materna e fetal, sendo importante seu rastreamento e diagnóstico precoce

Para análise da segunda rotina de exames laboratoriais, foram excluídas as mulheres que tiveram nascimento pré-termo. Ainda assim, os resultados foram ainda mais preocupantes quando comparados à primeira rotina de exames, visto que o nível de preenchimento para os exames de sorologia para HIV, glicemia e sorologia para sífilis foram classificados em ‘muito ruim’ em todas as regiões do Brasil. De forma semelhante, Santos Neto et al. (2012) observaram os mesmos resultados com base em 1.006 cartões da rede pública de Vitória. Esse desempenho é alarmante, mas cabe detalhar que o registro dos exames depende não só da solicitação e registro pelo profissional, mas também da realização do mesmo e retorno do resultado em tempo hábil, sendo dependente de um fluxo de referência e contrarreferência bem estabelecidos que qualificam o acesso e a integralidade no SUS (SANTOS NETO et al., 2012).

Nossos resultados demonstram que apesar da ampliação de acesso à assistência pré-natal nas últimas décadas, a qualidade desses atendimentos ainda apresenta inadequações e iniquidades, tal como qualidade inferior da assistência oferecida às mulheres de pior condição socioeconômica. Tais resultados evidenciam a necessidade de melhoria e avaliação da qualidade da assistência pré-natal pela adoção de critérios que observem especialmente o conteúdo da assistência (DOMINGUES et al., 2012; GOUDARD et al., 2016; CRISTOFARO, 2017).

O fornecimento e o uso do cartão da gestante são recomendados pelo MS (BRASIL, 2005). Mais recentemente, seu uso também passou a ser recomendado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para uso nos serviços privados. É uma prática bem implantada, considerando resultados de estudos nacionais que mostram seu recebimento pela quase totalidade das mulheres (Vielas 2014, MS 2009).

No entanto, a literatura revela a inadequação da assistência pré-natal na perspectiva da avaliação do cartão da gestante, evidenciando que este importante instrumento de comunicação está sujeito a incompletude (SANTOS NETO, 2012;

CARRILHO, 2014). O preenchimento dos campos do cartão revela um sumário dos principais dados da avaliação do profissional em seu contato com a gestante nos serviços de saúde e favorece a continuidade do cuidado (SANTOS NETO, 2012). O não preenchimento traz interpretações distintas, podendo ser decorrente tanto do subregistro como da não realização da conduta preconizada. Além de fragilizar o cumprimento de princípios do SUS, a saber: “utilização da epidemiologia para elencar prioridades”, “direito à informação sobre a própria saúde” e “equidade”, além do alcance das Diretrizes de Coordenação do Cuidado e longitudinalidade previstos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BARRETO & ALBUQUERQUE, 2012; CARRILHO 2014). Destaca-se, ainda, que o não preenchimento do cartão pode gerar dúvidas ou ainda risco à paciente, por possibilitar a repetição de condutas ou até o negligenciamento de procedimentos necessários (SANTOS NETO et al., 2012). De acordo com Barreto & Albuquerque (2012, p. 263) “o cartão da gestante foi subutilizado como instrumento de intercomunicação profissional na assistência ao parto e puerpério”. Além das questões apontadas, o não preenchimento pode acarretar também a limitação da produção de dados para a construção de indicadores essenciais para avaliação e planejamento de políticas acerca da saúde materno-infantil (ZAGO, 2008; SANTOS NETO, 2012; COELHO et al., 2015).

A análise da assistência pré-natal na perspectiva do critério quantitativo, com foco na idade gestacional no início do pré-natal e no número de consultas, evidenciou 58% de adequação da assistência considerando as recomendações do PHPN. Caso fosse adotada a recomendação atual da iniciativa Rede Cegonha, lançada pelo MS em 2011, que preconiza a realização de mais de sete consultas para uma gestante a termo, a adequação do pré-natal se reduziria para 42%. Esta recomendação, de um maior número de consultas de pré-natal, também foi adotada pela Organização Mundial de Saúde em seu mais recente protocolo de assistência pré-natal, onde são recomendadas no mínimo oito consultas de pré-natal para uma gestante de risco habitual (OMS, 2016).

Tanto pelo critério PHPN quanto pelo critério da Rede Cegonha, a avaliação quantitativa foi mais favorável que a qualitativa, indo ao encontro de resultados de estudos que analisaram a assistência pré-natal incorporando indicadores de conteúdo da assistência para além da quantidade de consultas, e que também encontraram inadequação maior de indicadores de conteúdo em relação ao critério quantitativo (CRISTOFARO, 2017; DOMINGUES et al., 2012; GOUDARD et al., 2016). Há, portanto, uma diferença

importante entre o percentual de adequação quando comparados os critérios quantitativo e qualitativo da assistência pré-natal.

A principal limitação do presente estudo foi a restrição da análise ao modelo de cartão preconizado pelo MS. Tal escolha foi necessária para padronizar as variáveis contidas nesse instrumento, e que seguem as recomendações do PHPN e do Manual Técnico (MS 2005). Essa decisão resultou na exclusão de mulheres atendidas em serviços privados, pois o número de gestantes que apresentou o cartão do MS foi tão pequeno que inviabilizou a análise do setor privado.

O uso de um modelo único de cartão da gestante pelos serviços sabidamente facilita o estabelecimento de uma rotina de preenchimento, a implantação de um sistema adequado de referência/contrarreferência e a análise comparativa de algumas variáveis, tendo em vista a importância da congruência de dados para comparação dos achados (Coutinho, 2013). Cabe destacar também que, dentre os modelos utilizados no Brasil, os cartões apresentam diferentes diagramações e muitas vezes o espaço destinado ao preenchimento não é suficiente para o registro adequado ocasionando frequentemente registros ilegíveis, dificultando a interpretação dos dados (OBA & TAVARES, 1998; CARVALHO, 2004).

Conclusão

É recomendado que demais estudos que se detenham a avaliar a completude de preenchimento do cartão da gestante, delimitem as variáveis a partir de condutas técnicas preconizadas pelo MS, tal como o pacote mínimo proposto para assistência pré-natal em todo o Brasil. A padronização viabiliza a comparação entre os estudos e interpretação dos resultados (LIMA et al., 2009; CORREIA et al., 2014).

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, como a ampliação de acesso a assistência pré-natal, essa pesquisa ratifica a necessidade de melhoria da assistência pré-natal no Brasil, seja na valorização do uso do cartão da gestante preconizado pelo MS, como também no preenchimento desse instrumento pelos profissionais que realizam a assistência pré-natal, contemplando o registro e especialmente o cumprimento de condutas já estabelecidas, visando a redução das inadequações e iniquidades que ainda persistem no cuidado da gestante

Tabela 1 Avaliação da completude de preenchimento do cartão da gestante, segundo macrorregião, 2011-2012

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
ANTECEDENTE PESSOAL						
Diabetes mellitus	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	887	78	305	419	36	50
	13,50%	8%	12,3%	16,4%	14%	16,4%
Hipertensão arterial	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	880	80	305	410	35	50
	13,4%	8,1%	12,3%	16%	13,5%	16,8%
Cirurgia pélvica	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	886	83	300	411	38	52
	13,5%	8,5%	12,1%	16,1%	15%	17,5%
ANTECEDENTE OBSTÉTRICO						
Gesta	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	115	2	44	53	1	14
	1,7%	0,2%	1,8%	2,1%	0,6%	4,7%
Aborto	n=3849	n=636	n=1387	n=1512	n=149	n=165
	25	0	4	16	0	4
	0,7%	0%	0,3%	1,1%	0%	2,4%
Parto vaginal	n=3849	n=636	n=1387	n=1512	n=149	n=165
	48	0	21	22	2	2
	1,2%	0%	1,5%	1,5%	1,2%	1,3%
Cesariana	n=3849	n=636	n=1387	n=1512	n=149	n=165
	66	1	23	31	2	7
	1,7%	0,2%	1,7%	2,1%	1,4%	4,4%
Filho nascido vivo	n=3849	n=636	n=1387	n=1512	n=149	n=165
	272	25	100	122	12	12
	7,0%	3,9%	7,2%	8,1%	8%	7,4%

Tabela 1 Avaliação da completude de preenchimento do cartão da gestante, segundo macrorregião, 2011-2012

	n=3849	n=636	n=1387	n=1512	n=149	n=165
Natimorto	382	38	120	160	14	48
	9,9%	6%	8,7%	11%	9,4%	28,8%
	n=3849	n=636	n=1387	n=1512	n=149	n=165
Baixo peso ao nascer	1030	150	461	345	30	45
	26,80%	23,5%	33,2%	22,8%	19,9%	27,5%

GESTAÇÃO ATUAL

	n= 6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
Peso anterior	2009	228	835	803	63	79
	30,50%	23,4%	33,7%	31,4%	24,3%	26,2%
	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
Estatura	2351	234	976	971	260	89
	35,80%	24%	39,3%	38%	30,7%	29,7%
	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
Data da última menstruação	628	35	164	360	38	34
	9,60%	3,5%	6,6%	14%	14,4%	11,2%
	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
Data provável do parto	578	29	155	293	44	57
	8,8%	3%	6,3%	11,4%	17,1%	18,7%
	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
Data da primeira consulta	166	5	84	46	8	22
	2,5%	0,5%	3,4%	1,8%	3,1%	7,4%
	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
Peso na primeira consulta	3701	544	1260	1607	110	183
	56,3%	55,6%	50,8%	62,8%	42,1%	60,9%
	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
Idade gestacional na primeira consulta	505	41	177	195	42	52
	7,7%	4,1%	7,2%	7,6%	15,9%	17,3%

Tabela 1 Avaliação da completude de preenchimento do cartão da gestante, segundo macrorregião, 2011-2012

Primeiro exame glicemia de jejum	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	1284	220	564	408	24	70
	19,5%	22,5%	22,7%	15,9%	9,3%	23,3%
Primeiro exame sorologia sífilis	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	945	230	417	220	12	66
	14,40%	23,5%	16,8%	8,6%	4,4%	21,8%
Primeiro exame sorologia HIV	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	1695	315	855	416	35	76
	25,8%	32,2%	34,4%	16,2%	13,5%	25,1%
Exame de urina (EAS)	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	1091	221	434	350	19	68
	16,6%	22,6%	17,5%	13,7%	7,3%	22,6%
Ultrassonografia antes de 20 semanas	n=6577	n=978	n=2482	n=2557	n=260	n=300
	1068	347	419	221	26	58
	16,3%	35,5%	16,9%	8,6%	9,9%	19%
Segundo exame glicemia	n=6405	n=947	n=2407	n=2511	n=254	n=286
	4201	652	1747	1468	122	215
	65,6 %	68,7%	72,6%	58,4%	47,6%	75,3%
Segundo exame sorologia	n=6405	n=947	n=2407	n=2511	n=254	n=286
	4006	658	1660	1367	116	208
	62,6%	69,4%	69%	54,4%	45,4%	72,9%
Segundo exame sorologia HIV	n=6405	n=947	n=2407	n=2511	n=254	n=286
	4988	652	1747	1468	155	218
	77,3%	68,7%	72,6%	58,4%	60,6%	76,2%

Tabela 2 Avaliação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck, segundo macrorregião, 2011-2012

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Mais que adequado
Norte n=973	314	236	345	79
Nordeste n=2459	578	574	1044	263
Sudeste n=2554	375	478	1136	566
Sul n=259	42	46	125	
Centro-Oeste n=300	72	62	125	41
TOTAL	1380	1397	2775	993
	20,9%	21,2%	42,1%	15,0

Referências

ARAÚJO, B. F.; TANAKA, A. C. **Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda.** Cad. Saúde Pública, São Paulo, v.23, n.12, p. 2869-2877. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001200008&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

ARAÚJO, R. G. P. S. et al. **Validade de peso, estatura e IMC referidos por puérperas do estudo Nascer no Brasil.** Rev. Saúde Pública., São Paulo, v.51, n.115. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100302&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

BARRETO, F. D. F. P.; ALBUQUERQUE, R. M. **Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.34, n.6, p. 259-267. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032012000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2020.

BRASIL. Agência nacional de Saúde Suplementar. **Nota técnica 703/2014.** Direito de informação da gestante e obrigatoriedade do cartão da gestante, carta de informação e partograma na saúde suplementar. 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp5556/nota703.pdf>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 18055, 20 novembro 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011:** uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** reimpressão. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CARRILHO, J. M. **Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte.** 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, G.M. et al. **Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal.** Ver. Min. Enf., Minas Gerais, v.8, n.4, p. 449-454. 2004. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/704>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L.; **Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p. 4467-4478. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104467&lng=en>. Acesso em: 25 jan. 2019.

COSTA, G. D. da. et al. **Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família.** Ciênc. Saúde coletiva, v.14, supl.1, p. 1347-1357. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007>. Acesso em: 02 Fev. 2019.

COUTINHO, T. et al. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 717-724. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010072032003001000004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

CRISTOFARO, M. A. G. **Avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão da gestante.** 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil.** Rev. Panam. Salud. Publica, United States, v. 37, n.3, p. 140-147. 2015. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p. 425-437. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 de mar. 2020.

GOUDARD, M. J. F. et al. **Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1227-1238. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000401227&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev. 2020.

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

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000100014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

GREG, R. A.; KOTELCHUCK, M. **Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices**. Public Health Rep, United States, v.111, n.5, p. 408-419. 1996. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381783/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

HALPERN, R. et al. **Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 487-492. 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000300004&lng=en >. Acesso em: 11 Mar. 2019.

LEAL, M. C. et al. **Birth in Brazil: national survey into labour and birth**. Reprod Health, Bethesda, v.9, n.15. 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22913663#>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

MAGALHÃES, D. M. S. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidadematerno-infantil**. Com. Ciências Saúde, Brasília, v.22, supl.1, p. S43-S54. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

MARIO, D. N. et al. **Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 1223-1232. 2019. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000301223&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Fev. 2020.

NUNES, A. D. S. et al. **Acesso à assistência pré-natal no brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde**. Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza, v.30, n.3, p. 1-10. 2017. Disponível em: < <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158/pdf>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

OMS. **Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva**. Genebra, 2016.

PEREIRA, A. P. E. et al. **Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascir no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p. S59-S70. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2020.

POLGLIANE, R. B. S. et al. **Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e da organização mundial de saúde**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 1999-2010. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232014000701999&lng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

POLIDO, C. B. A. **O Sisprenatal como instrumento de avaliação da assistência à gestante no município de São Carlos, SP.** 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, SP, 2010.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR. **Pré-Natal de Baixo Risco.** Série: Protocolos Técnicos, 2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção ao Pré-Natal- Rotinas para gestantes de baixo risco.** Coleção Guia de Referência Rápida (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2016.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. **Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001).** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 673-681. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SANTOS NETO, E. T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.** 2012. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS NETO, E. T. et al. **O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo Brasil?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p. 1650-1662. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SANTOS, T. M. M. G.; ABREU, A. P. S. B.; CAMPOS, T. G. **Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante.** Rev. Enferm. UFPE online, Recife, v.11, n.7, p. 2939-2945. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/8458/19206>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SILVA, E. P. et al. **Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.53, n.43. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100238&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Fev. 2020.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. **Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1160-1168. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500009&lng=en>. Acesso em: 13 Mar. 2019.

TOMASI, E. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.3.

2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Fev. 2020.

VASCONCELLOS, M. T. L. et al. **Desenho da amostra Nacer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. S49-S58. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p. S85-S100. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Fev. 2020.

VITÓRIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo de Vinculação da Gestante**. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde, 2017

ZAGO, F. E. **Análise do Cartão da Gestante de pacientes no puerpério imediato atendidas na Maternidade Carmela Dutra**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão sistemática da literatura acerca de estudos que se detiveram na avaliação da completitude de informação sobre assistência pré-natal no cartão da Gestante revelou preenchimento insatisfatório desse instrumento. A temática ainda é pouco abordada, tendo em vista a escassez de estudos e, dentre esses, a diferença do método adotado para análise (campos selecionados para avaliação, a descrição do modelo de cartão avaliado, o método adotado para interpretar a completitude e grande a diferença no tamanho amostral (44 até 1006)) dificultou a comparação dos achados.

Assim como a revisão, o presente estudo observou completitude de preenchimento 'ruim' do cartão da gestante no Brasil, e apenas a região Sul apresentou desempenho diferente do país, obtendo escore 'regular'.

Cabe destacar, que em atenção à assistência pré-natal, o Ministério da Saúde preconiza, através do PHPN (2002) e da Rede Cegonha (2011), o fluxo adequado de acompanhamento da gestante nos diversos níveis de atenção à saúde. E especialmente o PHPN propõe um pacote mínimo de cuidados a serem oferecidos a todas as gestantes, agregando critérios qualitativos a estudos que se propõe a avaliar a assistência pré-natal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013).

E ainda, o MS orienta que a gestante deve sempre levar consigo o Cartão, que deve contemplar o máximo de informações referentes às consultas, exames, procedimentos e intercorrências ao longo do pré-natal (BRASIL, 2006).

Cabe destacar a relevância da observação da completitude de preenchimento desse instrumento, tendo em vista que o cartão da gestante é importante fonte epidemiológica, e o não preenchimento de seus campos inviabiliza a avaliação desses dados. Esse cenário fragiliza o uso desse instrumento para esse fim, além de fragilizar o cumprimento de princípios do SUS (BARRETO & ALBUQUERQUE, 2012; CARRILHO 2014). E ainda, o resultado demonstra a necessidade de melhor aproveitamento do contato da mulher com o serviço de saúde.

É recomendado a realização de ações de educação continuada e permanente junto às equipes de assistência pré-natal visando atentar os profissionais ao uso adequado do cartão da gestante, especialmente no modelo recomendado pelo MS, ressaltando os

prejuízos trazidos para atenção e gestão, uma vez que o campo não preenchido pode representar a não realização de uma conduta ou o subregistro, expondo mulheres, crianças e profissionais ao negligenciamento ou repetição de condutas, além de não fornecer dados fidedignos para avaliação da assistência pré-natal.

REFERÊNCIAS GERAIS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1053-1064. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000600003&lng=en>. Acesso em: 01 Fev. 2019.

ANJOS, J. C. dos; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.19, n.4, p. 835-850. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2016000400835&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jan. 2020.

ARAÚJO, B. F.; TANAKA, A. C. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.12, p. 2869-2877. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001200008&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

ARAÚJO, R. G. P. S. et al. Validade de peso, estatura e IMC referidos por puérperas do estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.115. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000100302&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

BARRETO, F. D. F. P.; ALBUQUERQUE, R. M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p. 259-267. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032012000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2020.

BRASIL. Agência nacional de Saúde Suplementar. **Nota técnica 703/2014**. Direito de informação da gestante e obrigatoriedade do cartão da gestante, carta de informação e partograma na saúde suplementar. 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp5556/nota703.pdf>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

BRASIL. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**. Brasília, DF: 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 20 Jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 18055, 20 novembro 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 183, p. 68, 22 novembro 2017. Seção 1, pt. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: Ministério da Saúde. Brasília, DF: 1988. (Série A. Normas e manuais técnicos, nº 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 196. 1996**. Brasília: DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro, RJ: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, DF: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF: 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. reimpressão. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CARRILHO, J. M. **Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte**. 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, G.M. et al. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **Ver. Min. Enf.**, Minas Gerais, v.8, n.4, p. 449-454. 2004. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/704>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

COELHO, T. T. G. et al. Avaliação do grau de completude do cartão da gestante de puérperas atendidas em um hospital universitário. **Revista brasileira de ciências da saúde**, Santa Cruz, RN, v.19, n.2, p. 117-122. 2015. Disponível em:<<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22098>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p. 456-462. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jan. 2020.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L.; Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p. 4467-4478. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s141381232014001104467&lng=en>. Acesso em: 25 jan. 2019.

COSTA, G. D. da. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.14, supl.1, p. 1347-1357. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800007>. Acesso em: 02 Fev. 2019

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 613-624. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000300016&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 717-724. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010072032003001000004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

CRISTOFARO, M. A. G. **Avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão da gestante**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, United States, v. 37, n.3, p. 140-147. 2015. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p. 425-437. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 de mar. 2020.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1227-1238. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000401227&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev. 2020.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 105-111. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000100014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

GREG, R. A.; KOTELCHUCK, M. **Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices**. Public Health Rep, United States, v.111, n.5, p. 408-419. 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381783/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

HAIDAR, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 1025-1029. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2001000400037&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 487-492. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000300004&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 30, supl.1, p. S192-S207. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

LEAL, M. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**, Bethesda, v.9, n.15. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22913663#>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

LEAL, M. do C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, supl.1. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

LEAL, M.C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.1, p. S63-S72. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000700007&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 2095-2109. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001000002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

LIMA, C. R. A. **Gestão da qualidade dos dados e informações dos sistemas de informação em saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil**. 2010. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de saúde Pública, 2010.

MAGALHÃES, D. M. S. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidadematerno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v.22, supl.1, p. S43-S54. 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

MALHÃO, T. A. et al. Avaliação da completitude do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Tuberculose, Brasil, 2001-2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.3, p. 245-256. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742010000300007&lng=pt>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

MALTA, D. C. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p. 481-491. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000300006&lng=en> Acesso em: 11 Mar. 2019.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 1223-1232. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000301223&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Fev. 2020.

NUNES, A. D. S. et al. Acesso à assistência pré-natal no brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v.30, n.3, p. 1-10. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158/pdf>>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 252-261. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2016000200252&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2020.

OMS. Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva. Genebra, 2016.

OSIS, M. J. M. D. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 25-32. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000500011&lng=en>. Acesso em: 01 Fev. 2019

PEREIRA, A. P. E. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p. S59-S70. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2020.

PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** 2015. Disponível em: <<http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e da organização mundial de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 1999-2010. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s141381232014000701999&lng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

POLGLIANE, R. B. S.; SANTOS NETO, E. T.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.36, n.6, p. 269-275. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032014000600269&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

POLIDO, C. B. A. **O Sisprenatal como instrumento de avaliação da assistência à gestante no município de São Carlos, SP.** 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, SP, 2010.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR. **Pré-Natal de Baixo Risco.** Série: Protocolos Técnicos, 2014.

QUEIROZ, M. R. Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil- estudo a partir dos dados da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre o Parto e Nascimento”, 2011-2012. 2018. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção ao Pré-Natal- Rotinas para gestantes de baixo risco.** Coleção Guia de Referência Rápida (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2016.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 673-681. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022>. Acesso em: 08 mar. 2020.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 701-714. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.5, p. 1003-1014. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000500012&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

SANTOS NETO, E. T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.** 2012. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

SANTOS NETO, E. T. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 256-266. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200005>. Acesso em: 08 de mar. 2020.

SANTOS NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p. 1650-1662. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000900005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SANTOS, T. M. M. G.; ABREU, A. P. S. B.; CAMPOS, T. G. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.11, n.7, p. 2939-2945. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/8458/19206>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SILVA, E. P. et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.53, n.43. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102019000100238&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Fev. 2020.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1160-1168. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500009&lng=en>. Acesso em: 13 Mar. 2019.

SILVESTREIN, S. et al. Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras - 1996 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.2. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000205005&lng=en>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032015001200549&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jan. 2020.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.3. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000305001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Fev. 2020.

VASCONCELLOS, M. T. L. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. S49-S58. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014001300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2020.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p. S85-S100. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Fev. 2020.

VITÓRIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo de Vinculação da Gestante**. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde, 2017

WHO. World Health Organization. **Atenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model**. Geneva, 2002.

ZAGO, F. E. **Análise do Cartão da Gestante de pacientes no puerpério imediato atendidas na Maternidade Carmela Dutra**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10 CAAE: 0096.0.031.000-10

Título do Projeto: “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as conseqüências da cesariana desnecessária no Brasil)”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 04 / 2010

Data de apreciação: 11 / 05 / 2010

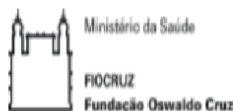
Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
 Coordenador do Comitê de
 Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP

ANEXO B - Carta de dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/CEP/IFF/Fiocruz (Parecer 92/10-CAAE:0096.0.031.000-10) inscrita sob o nº 2099/VDP/2018



Rio de Janeiro, 25 de abril de 2019

Do: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/IFF
Para: Departamento de Pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira informa que o projeto "Avaliação do preenchimento do cartão pré-natal:dados do estudo nascer no Brasil" da pesquisadora Livia de Rezende de Mello está dispensado de ser submetido a este CEP pois está contemplado no projeto guarda-chuva "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento" da pesquisadora Maria do Carmo Leal, com CAAE: 0096.0.031.000-10.



Dra. Ana Maria A. Magalhães Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
FERNANDES FIGUEIRA – IFF/FIOCRUZ

ANEXO C - Pesquisa Nascir no Brasil: Instrutivo para extração de dados do cartão de pré-natal



PESQUISA NASCER NO BRASIL

INSTRUTIVO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL

Os cartões de pré-natal das puérperas entrevistadas na pesquisa “Nascir no Brasil” foram fotografados e arquivados para posterior extração dos dados mais relevantes para o estudo. Este instrutivo tem por objetivo padronizar a forma de extração desses dados.

Algumas características dos cartões podem dificultar o trabalho a ser realizado:

- a) Existem muitos formatos de cartão em uso, com locais diferenciados de registro das informações que deverão ser coletadas. É importante buscar as informações em todos os locais possíveis e valorizar todo dado registrado. Lembre-se que foram feitas várias fotos de cada cartão e que você deverá buscar as informações em todas elas;
- b) Muitos profissionais utilizam abreviaturas e siglas, muitas vezes pela própria falta de espaço no cartão. Ao final do instrutivo (anexo 2) encontra-se uma relação das mais comumente utilizadas para facilitar o trabalho de extração;
- c) Eventualmente os registros poderão estar pouco legíveis, tanto pela qualidade da foto do cartão quanto pela própria letra do profissional.

Sempre que você tiver dúvidas em relação ao que está registrado ou à melhor forma de coletar a informação, **NÃO** preencha o formulário. Separe esse cartão e consulte um dos supervisores, que estarão disponíveis para ajudá-lo.

A qualidade de uma pesquisa depende muito da forma como os dados são obtidos. Portanto, siga corretamente as orientações que serão apresentadas a seguir.

1. Acesso ao sistema

Acesse o endereço:

http://www.castelo.fiocruz.br/questionario_hospitalar/index.php.

Aparecerá um campo “Identificação” e um campo “senha”. Você deverá preencher esses campos com o número individual de login e senha que será fornecido a você pela coordenação da pesquisa. Essa identificação é que permitirá ver quem realizou o preenchimento dos dados desse cartão, bem como acompanhar sua produtividade e realizar a sua remuneração. Após o preenchimento dos campos, clique em “Entrar”.

2. Identificação do cartão

A primeira página que aparecerá corresponde à identificação do cartão de pré-natal. Os arquivos com as fotos de cada cartão estão identificados com o número da unidade (“U__”) e o número da entrevistada nessa unidade (“Q__”). Consulte a planilha disponível no final do instrutivo (anexo 1) para identificar o Estado e a Cidade onde está localizada esta unidade. Selecione o estado, a cidade, o Hospital e o questionário (cartão da gestante). Por último, clique em “Escolha o número da mãe” e selecione o número que consta no nome do arquivo (“Q__”). Clique em “acessar”.

Atenção!

- 1) Essas duas variáveis é que permitirão relacionar as informações que estão no cartão às informações da entrevista. Preste muita atenção para fazer a seleção correta.
- 2) Em alguns estados, as fotos não foram agrupadas em arquivos separados por puerpera. Preste muita atenção ao realizar a mudança de fotos, para não utilizar informações de cartões de gestantes diferentes!

3. Dados do cartão de pré-natal

Esta página contém todos os campos a serem preenchidos com os dados que serão extraídos do cartão de pré-natal.

Questão 1

Preencha o campo “Data da extração dos dados” com a data em que os dados estão sendo registrados no sistema.

Questão 2

Digite o seu nome.

Questão 3

Digite o nome da gestante, conforme registrado no cartão de pré-natal.

Questão 4

Selecione o tipo de cartão de pré-natal apresentado pela gestante. Caso ela tenha apresentado mais de um cartão, selecione aquele que apresenta o maior número de consultas registrado. Consulte os modelos ao final desse instrutivo (anexo 5) para a correta identificação do cartão.

Questão 5

É apenas o enunciado do bloco de antecedentes pessoais e não exige preenchimento

Questão 6

Assinale “sim”, caso haja registro de antecedente pessoal de diabetes; “não”, caso haja registro de que a gestante não possuía antecedente pessoal de diabetes; e “não informado”, caso não haja registro dessa informação no cartão.

Atenção! Esse registro é referente ao diagnóstico de diabetes **anterior** à gestação atual. É para ser considerado o antecedente pessoal, **não** considerar o antecedente familiar.

Questão 7

Assinale “sim”, caso haja registro de antecedente pessoal de hipertensão arterial; “não”, caso haja registro de que a gestante não possuía antecedente pessoal de hipertensão arterial; e “não informado”, caso não haja registro dessa informação no cartão.

Atenção! Esse registro é referente ao diagnóstico de hipertensão arterial **anterior** à gestação atual. É para ser considerado o antecedente pessoal, **não** considerar o antecedente familiar.

Questão 8

Assinale “sim”, caso haja registro de antecedente pessoal de cirurgia pélvica/uterina; “não”, caso haja registro de que a gestante não possuía antecedente pessoal de cirurgia pélvica/uterina; e “não informado”, caso não haja registro dessa informação no cartão.

Atenção! Esse registro é referente ao diagnóstico de cirurgia pélvica/uterina **anterior** à gestação atual. Não considerar cesariana prévia como cirurgia pélvica anterior.

Questão 9

Assinale “sim”, caso haja registro de outros antecedentes pessoais de risco; “não”, caso haja registro de que a gestante não possuía outros antecedentes pessoais de risco; e “não informado”, caso não haja registro dessa informação no cartão.

Caso haja registro de “sim”, digite na questão 10 “Qual?” o antecedente de risco registrado no cartão. Se o antecedente não estiver registrado, colocar “não informado”.

Atenção! Esse registro é referente ao diagnóstico de outras patologias antes da gestação atual. É para ser considerado o antecedente pessoal, **não** considerar o antecedente familiar.

Questão 11

É apenas o enunciado do bloco “antecedentes obstétricos” e não exige preenchimento. Para todo esse bloco, a orientação é de anotar os valores que constam no cartão, colocando “99” para os campos não preenchidos. Essa orientação só não deverá ser seguida naquelas situações em que os valores são passíveis de dedução. Por exemplo: gestante na segunda gestação com um parto anterior. O número de abortos, mesmo que não preenchido, será necessariamente zero.

O sistema foi programado para não abrir determinadas questões quando elas não se aplicam. Por exemplo, se uma gestante se encontra na primeira gestação, as questões referentes aos demais antecedentes (abortos, partos, nascidos) não aparecerão na tela. Da mesma forma, se ela não teve partos anteriores, os campos referentes a nascidos anteriores não aparecerão.

Atenção! Os campos deste bloco aceitam ao preenchimento com qualquer valor e você deve estar atento para não ocorrer erros de digitação.

Questão 12

Digitar o número de gestações (“Gesta”) registrado no cartão.

Questão 13

Digitar o número de abortos prévios registrado no cartão. Caso os abortos estejam registrados separadamente em abortos espontâneos e abortos provocados, considere as duas informações e digite o número total de abortos.

Questão 14

Digitar o número de “partos vaginais normais” registrado no cartão. Considerar os partos vaginais a fórceps no total de partos vaginais.

Atenção: Se no cartão estiver registrado o número total de partos, sem a especificação do tipo de parto, esse campo deverá ser preenchido com “99”

Questão 15

Digitar o número de “cesarianas” prévias registrado no cartão.

Atenção: Se no cartão estiver registrado o número total de partos, sem a especificação do tipo de parto, esse campo deverá ser preenchido com “9”

Questão 16

Digitar o número de “filhos nascidos vivos” anteriores registrado no cartão.

Questão 17

Assinalar “sim” caso haja registro de algum “filho nascido morto (natimorto)”; “não”, caso haja registro de que nenhum filho anterior nasceu morto; e “não informado”, caso não haja esse registro.

Questão 18

Assinalar “sim” caso haja registro de algum RN (recém-nato) anterior pesando menos que 2500g; “não”, caso haja registro de que nenhum filho nasceu com peso menor que 2500g; e “não informado”, caso não haja essa informação. Considerar “sim” caso haja registro de recém-nato com baixo peso ao nascer.

Questão 19

Assinalar “sim” caso haja registro de “nascidos vivos que morreram na primeira semana de vida” e “não” caso não haja esse registro.

Questão 20

Assinalar “sim”, caso haja registro de que algum recém-nato nasceu prematuro, “não”, caso haja registro de que nenhum filho anterior nasceu prematuro e “não informado”, caso não haja essa informação.

Questão 21

Digitar o “peso anterior (KG)” da gestante, ou seja, o peso da gestante antes de engravidar. Caso não haja o registro do peso anterior, considerar o peso na primeira consulta, se esta foi realizada nas primeiras 13 semanas de gestação. Caso na primeira consulta não conste o registro da idade gestacional, verificar pela idade gestacional nas consultas subsequentes, se essa primeira consulta ocorreu

em idade gestacional inferior a 14 semanas. Caso não haja registro do peso anterior e a primeira consulta tenha sido realizada após a 13ª semana, digitar 999,9.

Atenção! Esse campo aceita qualquer valor digitado, inclusive valores impossíveis (ex: 888,8Kg). Portanto, é necessário ter muito cuidado no seu preenchimento, lembrando que valores menores de 100 deverão ser completados com zero à esquerda. Ex: peso anterior 65,5Kg, digite |_0_|_6_|_5_|,|_5_| Kg

Questão 22

Digitar a altura da gestante em centímetros. Caso não conste registro da altura da gestante no cartão, digitar “999”.

Questão 23

Digite a “Data da Última Menstruação (DUM)” registrada no cartão. Caso alguma das informações não esteja disponível ou esteja registrada como “?”, selecionar “99” (dia ou mês) ou “9999” (ano).

Atenção! A questão 23 não aparecerá caso algum dos campos da Questão 22 esteja preenchida com “99” ou “9999”.

Questão 24

Selecione “sim”, caso haja registro de dúvidas em relação à DUM; “não”, caso haja registro de que não havia dúvida em relação à DUM e “não informado”, caso não haja registro em relação a dúvidas em relação à DUM.

Atenção: Caso ao lado da DUM exista algum sinal de “?”, considerar que havia dúvida em relação a essa informação.

Questão 25

Selecione a “Data provável do parto” registrada no cartão. Caso não haja registro dessa informação, selecione “99/99/9999”.

Questão 26

Selecione “sim”, caso haja registro de “hospitalização na gestação”, ou seja, caso a gestante tenha sido internada durante a gravidez; “não”, caso haja registro de que a gestante não foi hospitalizada durante a gestação; e “não informado”, caso não haja registro dessa informação.

Questão 27

Selecione a data da primeira consulta de pré-natal. Caso não haja registro dessa informação, selecione “99/99/9999”.

Questões 28 e 29

Selecione a idade gestacional na primeira consulta de pré-natal em semanas (Questão 28) e dias (Questão 29). Considere o número de semanas completas. Por exemplo: idade gestacional de 7 semanas e 3 dias, selecionar 7 semanas; idade gestacional de 7/8 semanas, selecionar 7 semanas. Caso a idade gestacional esteja

informada apenas em semanas, no campo “dias” selecione a opção “0”. Caso a idade gestacional não esteja registrada na primeira consulta de pré-natal, selecione “99”.

Questão 30

Digite o peso registrado na primeira consulta de pré-natal. Caso não haja registro do peso na primeira consulta de pré-natal, digitar 999,9.

Atenção! Lembre-se que esse campo aceita qualquer valor digitado, inclusive valores impossíveis (ex: 888,8Kg). Portanto, muito cuidado no seu preenchimento. Lembre-se que valores menores de 100 deverão ser completados com zero à esquerda. Ex: peso anterior 65,5Kg, digite |_0_|_6_|_5_|_|_5_| Kg

Questão 31

Digite o número de consultas de pré-natal registradas no cartão de pré-natal. Caso a gestante tenha mais de 20 consultas, selecione a opção “20”.

Questão 32

Selecione a data da última consulta de pré-natal. Caso não haja registro dessa informação, selecione “99/99/9999”.

Questão 33

Digite o peso registrado na última consulta de pré-natal em que a gestante foi pesada. Caso o peso da gestante não esteja registrado em qualquer consulta de pré-natal, digite “999,9”.

Atenção! Lembre-se que esse campo aceita qualquer valor digitado, inclusive valores impossíveis (ex: 888,8Kg). Portanto, muito cuidado no seu preenchimento. Lembre-se que valores menores de 100 deverão ser completados com zero à esquerda. Ex: peso anterior 65,5Kg, digite |_0_|_6_|_5_|_|_5_| Kg .

Questão 34

Digite a data da última consulta de pré-natal em que gestante foi pesada. Caso algum campo (dia e/ou mês) esteja sem essa informação, digite “99”. Caso a gestante nunca tenha sido pesada, selecione “99/99/9999”.

Questão 35

Selecione “não”, caso em nenhuma consulta a pressão arterial registrada tenha sido maior que 130x90 mmHg; “sim, em apenas uma”, caso esta alteração tenha sido registrada em apenas uma consulta de pré-natal, ou “sim, em duas ou mais consultas”, caso tenha sido registrada em duas ou mais consultas. Caso a resposta seja “não”, a questão 34 não aparecerá.

Atenção! Basta que um dos valores registrado esteja maior que os valores previstos para que a pressão arterial seja considerada alterada. Ex: PA 140 x 80 mmHg e PA 130 x 100 mmHg devem ser consideradas alteradas.

Questão 36

Selecione a data em que ocorreu o primeiro registro de PA > 130 x 90 mmHg no cartão de pré-natal. Caso não conste a data da consulta onde houve esse primeiro registro, selecione "99/99/9999".

Questão 37

Digite o resultado da primeira glicemia de jejum registrada no cartão de pré-natal.

Atenção: Esse campo aceita o registro de qualquer dado, portanto atenção para a digitação correta. Valores inferiores a 100 devem ser digitados com um zero à esquerda. Ex: Glicemia de jejum de 90 mmg%: digite |_0_|_9_|_0_|_|_0_|

Questão 38

Digite o resultado da segunda glicemia de jejum registrada no cartão de pré-natal. Caso existam mais de dois registros de glicemia de jejum, digite pelo menos um exame realizado após a 24ª semana gestacional.

Atenção: Em alguns cartões, é possível que você encontre o resultado do Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) e não o de uma segunda glicemia. Nesses casos, se o resultado estiver registrado em valores (ex: 90/150/120), considere o primeiro valor como sendo o da segunda glicemia (nesse exemplo, você deveria digitar 90). Se estiver descrito TOTG "Normal" ou "N" ou "sem alterações", registre que a segunda glicemia foi de 92.

Esse campo aceita o registro de qualquer dado, portanto atenção para a digitação correta. Valores inferiores a 100 devem ser digitados com um zero à esquerda. Ex: Glicemia de jejum de 90 mmg%: digite |_0_|_9_|_0_|_|_0_|

Questão 39

Selecione "não reagente", caso o resultado do exame de VDRL (ou exame para sífilis, ou sorologia para Lues) esteja registrado como não reator, não reagente ou negativo. Selecione "reagente", caso o resultado de VDRL esteja registrado como reagente, positivo, ou com qualquer titulação (ex: 1/1, 1/2, 1/4, 1/16/ 1/32, etc...). Selecione "não informado", caso não haja registro de resultado do exame VDRL no cartão de pré-natal.

Questão 40

Selecione "não reagente", caso o resultado do exame de VDRL (ou exame para sífilis, ou sorologia para Lues) esteja registrado como não reator, não reagente ou negativo. Selecione "reagente", caso o resultado de VDRL esteja registrado como reagente, positivo, ou com qualquer titulação (ex: 1/1, 1/2, 1/4, 1/16/ 1/32, etc...). Selecione "não informado", caso não haja registro de resultado do exame VDRL no cartão de pré-natal. Caso existam mais de dois resultados de exame registrado, digite o resultado do segundo exame realizado mais tardiamente, ou seja, mais próximo do final da gestação.

Questão 41

Será considerado indício de infecção urinária, o registro de qualquer das seguintes informações no cartão de pré-natal: nitrito positivo, leucócitos ou piócitos igual ou maior a 10, piúria, piúria maciça, hemácias igual ou maior a 10, cilindros >1, flora bacteriana abundante, urinocultura positiva, registro de "ITU" ou "infecção urinária". Em alguns cartões, os leucócitos e hemácias aparecem registrados em milhares. Considere exame alterado se valor de leucócitos/piócitos for superior a 72.000 e o valor de hemácia for superior a 100.000

Selecione "não", caso não conste registro de qualquer dessas informações; "sim", se houver registro de pelo menos uma dessas alterações; e "sem resultado de exame", caso não conste registro de resultado de exame de urina ou de diagnóstico de infecção urinária. Caso a gestante apresente o resultado de mais de um exame de urina, selecione "sim" caso ela tenha apresentado alterações no resultado de qualquer um dos exames registrados.

Questão 42

Essa questão refere-se ao primeiro exame anti-HIV realizado na gravidez.

Selecione "não reagente", caso conste registro de resultado de exame anti-HIV negativo ou não reagente; "reagente", caso conste resultado de exame anti-HIV positivo ou reagente; "indeterminado", caso conste registro de resultado de exame anti-HIV indeterminado; e "sem registro", caso não conste registro de resultado anti-HIV no cartão de pré-natal.

Atenção! Deverão ser considerados exames anti-HIV os testes rápidos (TR) anti-HIV, exames de Elisa, Imunofluorescência (IFI), ou exames Western Blot (WB).

Questão 43

Essa questão refere-se ao segundo exame anti-HIV realizado na gravidez. Caso haja registro de mais de dois exames anti-HIV realizados na gestação, considere o resultado do exame realizado mais tardiamente, ou seja, mais próximo do final da gestação.

Selecione "não reagente", caso conste registro de resultado de exame anti-HIV negativo ou não reagente; "reagente", caso conste resultado de exame anti-HIV positivo ou reagente; "indeterminado", caso conste registro de resultado de exame anti-HIV indeterminado; e "sem registro", caso não conste registro de resultado anti-HIV no cartão de pré-natal.

Atenção! Deverão ser considerados exames anti-HIV os testes rápidos (TR) anti-HIV, exames de Elisa, Imunofluorescência (IFI), ou exames Western Blot (WB). A segunda amostra realizada quando um primeiro exame anti-HIV é reagente, é parte do primeiro exame e não deve ser considerado como resultado de segundo exame.

Questão 44

Selecione a data do primeiro exame de ultrassonografia (USG, ECO) realizado entre a 7ª e a 20ª semana gestacional. Caso a gestante não tenha feito exames de USG nessa fase da gestação, selecione 99/99/9999. Ou seja, caso a gestante não tenha feito exame de USG ou caso o primeiro exame de USG tenha sido feito após a 20ª semana de gestação, selecione 99/99/9999. Caso qualquer um dos campos (dia, mês ou ano) seja selecionado como 99, a questão 43 não aparecerá.

Atenção: Em alguns arquivos, estão disponíveis também fotos dos exames de ultrassonografia. Nesses casos, os laudos dos exames também poderão ser consultados e frequentemente estão mais legíveis.

Em algumas situações, apenas a foto do exame está disponível, sem fotos do cartão. Nesse caso, se a USG foi realizada antes da 20ª semana, preencha os dados do exame de USG e coloque "99" para todos os demais campos. Se o exame foi realizado após a 20ª semana, desconsidere esse cartão, ou seja, essa gestante será considerada como não tendo cartão.

Questões 45 e 46

Selecione a idade gestacional no primeiro exame de USG realizado entre a 7ª e a 20ª semana gestacional em semanas (Questão 45) e em dias (Questão 46). Considere o número de semanas completas. Por exemplo: idade gestacional de 7 semanas e 3 dias, selecionar 7 semanas; idade gestacional de 7/8 semanas, selecionar 7 semanas. Caso a idade gestacional esteja informada apenas em semanas, no campo "dias" selecione a opção "0".

Questão 47

Consulte a lista de medicações anti-hipertensivas disponível no final deste instrutivo (anexo 3) e selecione "sim", caso tenha sido prescrito algum desses medicamentos durante a gestação e "não", caso não tenha sido prescrito qualquer um desses medicamentos.

Questão 48

Consulte a lista de antibióticos disponível no final deste instrutivo (anexo 4) e selecione "sim", caso tenha sido prescrito algum desses medicamentos durante a gestação e "não", caso não tenha sido prescrito qualquer um desses medicamentos durante a gestação.

Verifique se todas as questões estão preenchidas adequadamente e clique em **finalizar**.

Atenção! Existem vários modelos de cartão em uso e as informações que buscamos podem estar dispersas. Além disso, os profissionais podem preencher o cartão com siglas e abreviaturas que muitas vezes são difíceis de entender. Em qualquer caso de dúvida, entre em contato com Rosa pelo email rosamsmd@gmail.com. Envie sua dúvida e a própria foto do cartão para podermos ajudá-lo(a). Nosso objetivo é ter a melhor qualidade possível da informação.

**ANEXO 1 : Listagem dos Estados, Cidade e Hospitais incluídos na pesquisa
"Nascer no Brasil"**

Número do Hospital	Nome do Hospital	Cidade	Estado
1	UNIDADE MISTA ARIQUEMES	ARIQUEMES	RONDÔNIA
2	CENTRO MATERNO INFANTIL REGINA PACIS - PORTO VELHO	PORTO VELHO	RONDÔNIA
3	HOSPITAL REGIONAL ADAMASTOR TEIXEIRA DE OLIVEIRA	VILHENA	RONDÔNIA
4	HOSPITAL DE CLINICAS RAIMUNDO CHAAR	BRASILEIA	ACRE
5	HOSPITAL GERAL DE CRUZEIRO DO SUL	CRUZEIRO DO SUL	ACRE
6	HOSPITAL SANTA JULIANA	RIO BRANCO	ACRE
7	HOSPITAL REGIONAL DE COARI PREF DR ODAIR CARLOS GE	COARI	AMAZONAS
8	UNIDADE MISTA DE MANACAPURU	MANACAPURU	AMAZONAS
9	MATERNIDADE DE REFERENCIA ZONA LESTE ANA BRAGA	MANAUS	AMAZONAS
10	MATERNIDADE MUNICIPAL DR. MOURA TAPAJOZ	MANAUS	AMAZONAS
11	COMPLEXO HOSPITALAR FLEMING	MANAUS	AMAZONAS
12	HOSPITAL MATERNIDADE UNIMED	MANAUS	AMAZONAS
13	SAMEL	MANAUS	AMAZONAS
14	HOSPITAL REGIONAL DR JOFRE DE MATOS COHEN	PARINTINS	AMAZONAS
15	HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	BOA VISTA	RORAIMA
16	HOSPITAL SANTO ANTONIO	ALENQUER	PARÁ
17	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA	BELEM	PARÁ
18	HOSPITAL D LUIZ I	BELEM	PARÁ
19	MATERNIDADE DO POVO	BELEM	PARÁ
20	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BARBARA	BELEM	PARÁ
21	MATERNIDADE SAUDE DA CRIANCA	BELEM	PARÁ
22	HOSPITAL SAO JOSE	CASTANHAL	PARÁ
23	HOSPITAL DE CAMETA	CAMETA	PARÁ
24	HOSPITAL DA DIVINA PROVIDENCIA	MARITUBA	PARÁ
25	HOSPITAL MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS HMP	PARAUAPEBAS	PARÁ
26	HOSPITAL MUNICIPAL ANA NERY	PORTO DE MOZ	PARÁ
27	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO LTDA	SANTAREM	PARÁ
28	HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUI	TUCURUI	PARÁ
29	SES AP HOSPITAL DA MULHER	MACAPA	AMAPÁ
30	HOSPITAL DE GURUPI	GURUPI	TOCANTINS
31	HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDE	PORTO NACIONAL	TOCANTINS

32	HOSPITAL E MATERNIDADE CRISTO REI LTDA	PALMAS	TOCANTINS
33	HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO NEIVA DE SANTANA	BURITICUPU	MARANHÃO
34	HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL SINHA CASTELO	CAXIAS	MARANHÃO
35	PMC HOSPITAL MUNICIPAL	CHAPADINHA	MARANHÃO
36	MATERNIDADE SANTA LUZIA	SANTA LUZIA	MARANHÃO
37	SANTA CASA	SAO LUIS	MARANHÃO
38	HOSPITAL MUNICIPAL LUCAS VERAS	TUTOIA	MARANHÃO
39	MATERNIDADE SIGEFREDO PACHECO	CAMPO MAIOR	PIAUÍ
40	HOSP LOCAL DE LUZILANDIA	LUZILANDIA	PIAUÍ
41	HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ	PICOS	PIAUÍ
42	H REG SEN C FERRAZ	SAO RAIMUNDO NONATO	PIAUÍ
43	MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA	TERESINA	PIAUÍ
44	HOSP MATERN JOSE PINTO DO CARMO	BATURITE	CEARÁ
45	HOSPITAL GERAL DE BREJO SANTO	BREJO SANTO	CEARÁ
46	HOSPITAL DE REFERENCIA SAO LUCAS	CRATEUS	CEARÁ
47	HOSPITAL CURA DARS	FORTALEZA	CEARÁ
48	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA MESSEJANA	FORTALEZA	CEARÁ
49	HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE	FORTALEZA	CEARÁ
50	HOSPITAL GENESIS	FORTALEZA	CEARÁ
51	HOSP MATERN JOAO FERREIRA GOMES	ITAPAGE	CEARÁ
52	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	SOBRAL	CEARÁ
53	HOSPITAL MATERNIDADE DR SADI MENDES	PARNAMIRIM	RIO GRANDE DO NORTE
54	MATERNIDADE ESCOLA JANUARIO CICCO	NATAL	RIO GRANDE DO NORTE
55	HOSPITAL REGIONAL LINDOLFO GOMES VIDAL	SANTO ANTONIO	RIO GRANDE DO NORTE
56	INSTITUTO DE SAUDE ELPIDIO DE ALMEIDA	CAMPINA GRANDE	PARÁIBA
57	CLIPSI HOSPITAL GERAL	CAMPINA GRANDE	PARÁIBA
58	CLINICA SANTA CLARA	CAMPINA GRANDE	PARÁIBA
59	CASA DE SAUDE E MAT SR DA LUZ LTDA	GUARABIRA	PARÁIBA
60	MATERNIDADE CANDIDA VARGAS	JOAO PESSOA	PARÁIBA
61	CENTRO HOSPITALAR DR JOSE EVOIDE DE MOURA	AFOGADOS DA INGAZEIRA	PERNAMBUCO
62	FUSAM HOSPITAL DE CARUARU JESUS NAZARENO	CARUARU	PERNAMBUCO
63	CASA DE SAUDE SANTA EFIGENIA LTDA	CARUARU	PERNAMBUCO
64	HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	JABOATAO DOS GUARARAPES	PERNAMBUCO
65	HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSE FERNANDES SALSA	LIMOEIRO	PERNAMBUCO

66	HOSPITAL DO TRICENTENARIO	OLINDA	PERNAMBUCO
67	HOSPITAL DOM MALAN	PETROLINA	PERNAMBUCO
68	IMIP	RECIFE	PERNAMBUCO
69	US 153 POLICLINICA E MATERNIDADE ARNALDO MARQUES	RECIFE	PERNAMBUCO
70	HOSPITAL DE AVILA	RECIFE	PERNAMBUCO
71	HOSPITAL SANTA JOANA	RECIFE	PERNAMBUCO
72	CASA DE SAUDE MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA	SALGUEIRO	PERNAMBUCO
73	CASA DE SAUDE SAO VICENTE	SERRA TALHADA	PERNAMBUCO
74	REAL HOSPITAL SANTA MARIA	ARAPIRACA	ALAGOAS
75	MATERNIDADE ESCOLA SANTA MONICA	MACEIO	ALAGOAS
76	HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA O	PALMEIRA DOS INDIOS	ALAGOAS
77	HOSPITAL SANTA IZABEL	ARACAJU	SERGIPE
78	CLINICA SANTA HELENA	ARACAJU	SERGIPE
79	HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA	ESTANCIA	SERGIPE
80	MATERNIDADE ZACARIAS JUNIOR	LAGARTO	SERGIPE
81	HOSPITAL MATERNIDADE DE ALAGOINHAS	ALAGOINHAS	BAHIA
82	MATERNIDADE MUNICIPAL DE BARREIRAS	BARREIRAS	BAHIA
83	HOSPITAL GERAL DE CAMACARI	CAMACARI	BAHIA
84	HOSPITAL MUNICIPAL DE CANDEIAS	CANDEIAS	BAHIA
85	HOSPITAL MUNICIPAL DILTON BISPO DE SANTANA	DIAS D'AVILA	BAHIA
86	HOSPITAL INACIA PINTO DOS SANTOS	FEIRA DE SANTANA	BAHIA
87	HOSPITAL MATER DEI	FEIRA DE SANTANA	BAHIA
88	HOSPITAL SAO JOSE MATERNIDADE SANTA HELENA	ILHEUS	BAHIA
89	MATERNIDADE DA MAE POBRE	ITABUNA	BAHIA
90	HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	JEQUIE	BAHIA
91	CLISE	JUAZEIRO	BAHIA
92	HOSPITAL E MATERNIDADE SILVESTRE	LUIS EDUARDO MAGALHAES	BAHIA
93	HOSPITAL NAIR ALVES DE SOUZA	PAULO AFONSO	BAHIA
94	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHAES	PORTO SEGURO	BAHIA
95	MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO	SALVADOR	BAHIA
96	HOSPITAL SANTO AMARO	SALVADOR	BAHIA
97	HOSPITAL MATERNIDADE DR HEITOR SENTO SE	SENTO SE	BAHIA
98	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULA	VITORIA DA CONQUISTA	BAHIA

99	UNIMEC	VITORIA DA CONQUISTA	BAHIA
100	HOSPITAL SAO GERALDO	VITORIA DA CONQUISTA	BAHIA
101	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAXA	ARAXA	MINAS GERAIS
102	POLICLINICA MATERNIDADE	BARBACENA	MINAS GERAIS
103	HOSPITAL SOFIA FELDMAN	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
104	MATERNIDADE ODETE VALADARES	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
105	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
106	HOSPITAL MATER DEI	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
107	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	CARATINGA	MINAS GERAIS
108	HOSPITAL SAMARITANO	GOVERNADOR VALADARES	MINAS GERAIS
109	HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIRITE	IBIRITE	MINAS GERAIS
110	HOSPITAL MARCIO CUNHA	IPATINGA	MINAS GERAIS
111	HOSPITAL MUNICIPAL DE JANUARIA	JANUARIA	MINAS GERAIS
112	CASA DE SAUDE HTO	JUIZ DE FORA	MINAS GERAIS
113	HOSPITAL MONTE SINAI	JUIZ DE FORA	MINAS GERAIS
114	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	MONTES CLAROS	MINAS GERAIS
115	NOVA LIMA - HOSPITAL VILA DA SERRA	NOVA LIMA	MINAS GERAIS
116	NOVA LIMA - HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	NOVA LIMA	MINAS GERAIS
117	HOSPITAL SAO JOSE DE NOVA SERRANA	NOVA SERRANA	MINAS GERAIS
118	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	PASSOS	MINAS GERAIS
119	HOSPITAL VERA CRUZ	PATOS DE MINAS	MINAS GERAIS
120	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DO PATROC	PATROCINIO	MINAS GERAIS
121	SANTA CASA NOSSA SENHORA DAS MERCES	SANTA BARBARA	MINAS GERAIS
122	HOSPITAL BENEFICENCIA PORTUGUESA	UBERABA	MINAS GERAIS
123	HOSPITAL SANTA GENOVEVA	UBERLANDIA	MINAS GERAIS
124	MATERNIDADE CORONEL LEONCIO VIEIRA DE REZENDE	SERRA	ESPÍRITO SANTO
125	PRO-MATRE VITÓRIA	VITORIA	ESPÍRITO SANTO
126	MATERNIDADE SANTA URSULA	VITORIA	ESPÍRITO SANTO
127	HOSPITAL DAS CLINICAS	VITORIA	ESPÍRITO SANTO
128	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	CAMPOS DOS GOYTACAZES	RIO DE JANEIRO
129	CASA DE SAUDE E MATERNIDADE SAO JOSE LTDA	DUQUE DE CAXIAS	RIO DE JANEIRO
130	HOSPITAL MUNICIPAL DESEMBARGADOR LEAL JUNIOR	ITABORAI	RIO DE JANEIRO
131	HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	NITEROI	RIO DE JANEIRO
132	HGNI	NOVA IGUAÇU	RIO DE JANEIRO

133	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO
134	CLINICA PERINATAL LARANJEIRAS	RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO
135	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE OSWALDO NAZARETH	RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO
136	AMIU FREGUESIA JPA	RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO
137	HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ESPÍRITO SANTO
138	ASSOCIACAO DE CARIDADE HOSPITAL SAO JOAO DE MERITI	SAO JOAO DE MERITI	RIO DE JANEIRO
139	HOSPITAL SAO JOSE	TERESOPOLIS	RIO DE JANEIRO
140	CLINICA SAO LUCAS - AMERICANA	AMERICANA	SÃO PAULO
141	SANTA CASA DE ARARAQUARA	ARARAQUARA	SÃO PAULO
142	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ASSIS	ASSIS	SÃO PAULO
143	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE BARRA BONITA	BARRA BONITA	SÃO PAULO
144	SANTA CASA DE BARRETOS	BARRETOS	SÃO PAULO
145	PS E MATERNIDADE NAIR FONSECA LEITAO ARANTES	BARUERI	SÃO PAULO
146	MATERNIDADE DE CAMPINAS	CAMPINAS	SÃO PAULO
147	HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	CAMPINAS	SÃO PAULO
148	HOSPITAL PADRE ALBINO CATANDUVA	CATANDUVA	SÃO PAULO
149	HOSPITAL DE COTIA	COTIA	SÃO PAULO
150	HOSPITAL DR. LUIZ CAMARGO DA FONSECA E SILVA	CUBATAO	SÃO PAULO
151	HOSPITAL SAO LUCAS DE DIADEMA LTDA.	DIADEMA	SÃO PAULO
152	SANTA CASA DE FERNANDOPOLIS	FERNANDOPOLIS	SÃO PAULO
153	HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO	FERRAZ DE VASCONCELOS	SÃO PAULO
154	HOSPITAL UNIMED FRANCA	FRANCA	SÃO PAULO
155	HOSPITAL SAO LUCAS	GARÇA	SÃO PAULO
156	HOSPITAL MATERNIDADE JESUS JOSE E MARIA	GUARULHOS	SÃO PAULO
157	HOSPITAL CARLOS CHAGAS	GUARULHOS	SÃO PAULO
158	HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO	INDAIATUBA	SÃO PAULO
159	HOSPITAL REGIONAL DE ITAPETININGA	ITAPETININGA	SÃO PAULO
160	HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI	ITAPEVI	SÃO PAULO
161	HOSPITAL PAULO SACRAMENTO	JUNDIAI	SÃO PAULO
162	HOSPITAL MATERNIDADE AMADOR AGUIAR	OSASCO	SÃO PAULO
163	SANTA CASA DE PIRACICABA	PIRACICABA	SÃO PAULO
164	HOSP FORN CANA PIRACICABA DJALDROVANDI	PIRACICABA	SÃO PAULO
165	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS	RIBEIRAO PIRES	SÃO PAULO
166	MATERNIDADE SINHA JUNQUEIRA	RIBEIRAO PRETO	SÃO PAULO

167	MATER MATERNIDADE DO COMPLEXO AEROPORTO	RIBEIRAO PRETO	SÃO PAULO
168	CASA DE SAUDE DE SANTOS	SANTOS	SÃO PAULO
169	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	SANTO ANDRE	SÃO PAULO
170	HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITARIO DE SAO BERNARDO D	SAO BERNARDO DO CAMPO	SÃO PAULO
171	HOSPITAL IELAR	SAO JOSE DO RIO PRETO	SÃO PAULO
172	HOSPITAL MATERNO INFANTIL ANTONINHO DA ROCHA MARMO	SAO JOSE DOS CAMPOS	SÃO PAULO
173	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE	SAO JOSE DOS CAMPOS	SÃO PAULO
174	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOSE DOS CAMPOS	SAO JOSE DOS CAMPOS	SÃO PAULO
175	HOSP MAT AMPARO MATERNAL	SAO PAULO	SÃO PAULO
176	HOSP SAO LUIZUNIDADE I	SAO PAULO	SÃO PAULO
177	HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS	SAO PAULO	SÃO PAULO
178	HOSP MUN CACHOEIRINHA - MARIO DE MORAES A SILVA	SAO PAULO	SÃO PAULO
179	HOSP BENEFICENCIA PORTUGUESA SAO JOAQUIM	SAO PAULO	SÃO PAULO
180	HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES	SAO PAULO	SÃO PAULO
181	HOSP NIPO BRASILEIRO	SAO PAULO	SÃO PAULO
182	SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL	SAO PAULO	SÃO PAULO
183	HOSP MAT SAO CRISTOVAO	SAO PAULO	SÃO PAULO
184	HOSP MAT SAO CAMILO - POMPEIA	SAO PAULO	SÃO PAULO
185	HOSPITAL DE CLINICAS DE SAO SEBASTIAO	SAO SEBASTIAO	SÃO PAULO
186	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRANA	SERRANA	SÃO PAULO
187	CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA	SOROCABA	SÃO PAULO
188	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TIETE	TIETE	SÃO PAULO
189	SANTA CASA DE VOTUPORANGA	VOTUPORANGA	SÃO PAULO
190	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	TUBARAO	SANTA CATARINA
191	HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANA	CASCADEL	PARANÁ
192	HOSPITAL SAO PAULO	CIANORTE	PARANÁ
193	HOSPITAL MATERNIDADE ALTO MARACANA	COLOMBO	PARANÁ
194	CLINICA E MATERNIDADE MATER DEI	CURITIBA	PARANÁ
195	HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA	CURITIBA	PARANÁ

196	HOSPITAL E MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL	CURITIBA	PARANÁ
197	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA	CURITIBA	PARANÁ
198	HOSPITAL DO TRABALHADOR	CURITIBA	PARANÁ
199	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA	CURITIBA	PARANÁ
200	HOSPITAL DE CLINICAS	CURITIBA	PARANÁ
201	MATERNIDADE CURITIBA	CURITIBA	PARANÁ
202	MATERNIDADE MUNICIPAL LUCILLA BALLALLAI	LONDRINA	PARANÁ
203	HOSPITAL DA MULHER	LONDRINA	PARANÁ
204	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA AUXILIADORA	MARINGA	PARANÁ
205	HOSPITAL EVANGELICO DE PONTA GROSSA	PONTA GROSSA	PARANÁ
206	SANTANA UNIMED HOSPITAL	PONTA GROSSA	PARANÁ
207	NOVA CLINICA HOSPITAL E MATERNIDADE	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	PARANÁ
208	MATERNIDADE SANTA LUIZA HOSPITAL DIA	BALNEARIO CAMBORIU	SANTA CATARINA
209	HOSPITAL SANTA CRUZ DE CANOINHAS	CANOINHAS	SANTA CATARINA
210	HOSPITAL SAO FRANCISCO	CONCORDIA	SANTA CATARINA
211	HOSPITAL SAO JOSE	CRICIUMA	SANTA CATARINA
212	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	CURITIBANOS	SANTA CATARINA
213	MATERNIDADE CARMELA DUTRA	FLORIANOPOLIS	SANTA CATARINA
214	CLINICA SANTA HELENA	FLORIANOPOLIS	SANTA CATARINA
215	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	ITAJAI	SANTA CATARINA
216	HOSPITAL DONA HELENA	JOINVILLE	SANTA CATARINA
217	HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	LAGES	SANTA CATARINA
218	HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOM	SAO JOSE	SANTA CATARINA
219	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	CHAPECO	SANTA CATARINA
220	HOSPITAL DE ALVORADA	ALVORADA	RIO GRANDE DO SUL
221	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA DE CAMAQUA	CAMAQUA	RIO GRANDE DO SUL
222	HOSPITAL SAUDE	CAXIAS DO SUL	RIO GRANDE DO SUL
223	HOSPITAL SAO CAMILO ESTEIO	ESTEIO	RIO GRANDE DO SUL
224	HOSPITAL DOM JOAO BECKER	GRAVATAI	RIO GRANDE DO SUL
225	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO FRANCISCO DE PAULA	PELOTAS	RIO GRANDE DO SUL
226	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	PORTO ALEGRE	RIO GRANDE DO SUL
227	HOSPITAL FEMINA SA	PORTO ALEGRE	RIO GRANDE DO SUL

228	HOSPITAL DE CLINICAS	PORTO ALEGRE	RIO GRANDE DO SUL
229	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEG	PORTO ALEGRE	RIO GRANDE DO SUL
230	ASSOCIACAO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	PORTO ALEGRE	RIO GRANDE DO SUL
231	HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA	PORTO ALEGRE	RIO GRANDE DO SUL
232	HOSPITAL SANTA CRUZ	SANTA CRUZ DO SUL	RIO GRANDE DO SUL
233	HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	SANTA MARIA	RIO GRANDE DO SUL
234	HOSPITAL INFANTIL	SAO BORJA	RIO GRANDE DO SUL
235	HOSPITAL GERAL SANTA CASA DE URUGUAIANA	URUGUAIANA	RIO GRANDE DO SUL
236	AAMI	CAMPO GRANDE	MATO GROSSO DO SUL
237	HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	CAMPO GRANDE	MATO GROSSO DO SUL
238	PROMATRE	CAMPO GRANDE	MATO GROSSO DO SUL
239	HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	CAMPO GRANDE	MATO GROSSO DO SUL
240	HOSPITAL EVANGELICO DR SRA GOLDSBY KING	DOURADOS	MATO GROSSO DO SUL
241	HOSPITAL SANTA HELENA	CUIABA	MATO GROSSO
242	HOSPITAL GERAL UNIVERSITARIO	CUIABA	MATO GROSSO
243	FEMINA HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE	CUIABA	MATO GROSSO
244	SANTA CASA	RONDONOPOLIS	MATO GROSSO
245	MATERCLIN	RONDONOPOLIS	MATO GROSSO
246	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA RITA	VARZEA GRANDE	MATO GROSSO
247	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANAPOLIS	ANAPOLIS	GOIÁS
248	CLINICA MATERMARIA ANAPOLISGO	ANAPOLIS	GOIÁS
249	HOSPITAL SAO CAMILO	FORMOSA	GOIÁS
250	AMPARO MATERNIDADE	GOIANIA	GOIÁS
251	HOSPITAL E MATERNIDADE VILA NOVA LTDA	GOIANIA	GOIÁS
252	MATERNIDADE NASCER CIDADAO	GOIANIA	GOIÁS
253	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES	GOIANIA	GOIÁS
254	FEMINA MATERNIDADE	GOIANIA	GOIÁS
255	HOSPITAL GOIANIA LESTE	GOIANIA	GOIÁS
256	CENTRO MEDICO MUNICIPAL SERAFIM DE CARVALHO	JATAI	GOIÁS
257	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA VALPARAISO	VALPARAISO DE GOIAS	GOIÁS
258	HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	TAGUATINGA	DISTRITO FEDERAL

259	HOSPITAL SANTA LUZIA	BRASILIA	DISTRITO FEDERAL
260	HRBZ	BRAZLÂNDIA	DISTRITO FEDERAL
261	HOSPITAL SAO FRANCISCO	CEILANDIA	DISTRITO FEDERAL
262	HOSPITAL BRASILIA	LAGO SUL	DISTRITO FEDERAL
263	HRP	PLANALTINA	DISTRITO FEDERAL
264	HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA	SAMAMBAIA	DISTRITO FEDERAL
265	HRS	SOBRADINHO	DISTRITO FEDERAL
266	HOSPITAL SANTA MARTA	TAGUATINGA	DISTRITO FEDERAL
267	HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BHERENS	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
268	HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO RISOLETA TOLENTINO NEVE	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
269	HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
270	MATER CLINICA	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
271	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
272	HOSPITAL DIA E MATERNIDADE UNIMED	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
273	MATERNIDADE SANTA FE	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
274	MATERNIDADE E HOSPITAL OCTAVIANO NEVES	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
275	HOSPITAL BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS
276	POLICLÍNICA SANTA HELENA	SANTA HELENA	PARANÁ
277	HOSPITAL E MATERNIDADE MAEDA	SANTA HELENA	PARANÁ
278	HOSPITAL DR. CIRO	SANTA HELENA	PARANÁ
279	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA	VACARIA	RIO GRANDE DO SUL
280	HOSPITAL PAULO SACRAMENTO II	JUNDIAI	SÃO PAULO

ANEXO 2: SIGLAS E ABREVIACÕES MAIS COMUNS NA PRÁTICA OBSTÉTRICA

- A ou ab = aborto (ex: G3 P1 A1 – 3 gestações – 1 parto e 1 aborto anterior)
- AFU = altura do fundo uterino (medida em centímetros)
- AU = altura uterina (medida em cm) ou atividade uterina (nº. de contrações/ tempo)
- β HCG = hormônio da gravidez (exame de gravidez)
- BR = bolsa rota (bolsa amniótica)
- CEF = cefálico (cabeça do bebê)
- Ces = cesariana
- CTG = cardiocotografia (exame para avaliar o bem estar do feto)
- C.U. = cicatriz umbilical (referente a altura uterina em especial após o parto)
- DHPN = doença hemolítica perinatal (mulher Rh negativa sensibilizada)
- Diag. = diagnóstico
- Dilat. = dilatação do colo uterino
- DVHC = doença vascular hipertensiva crônica (hipertensão crônica)
- DHEG = doença hipertensiva específica da gestação (toxemia ou pré-eclâmpsia)
- DUM = data da última menstruação (usada para calcular tempo de gravidez)
- DPP = data provável do parto
- DPP = descolamento prematuro de placenta
- Ed (Edema) = inchaço, frequentemente registrado em ++++
- Esp = espontâneo (aborto)
- Forc. = fórceps (PF = parto à fórceps)
- FU = fundo uterino
- G = gesta (ex: G3 P1 A1 – 3 gestações – 1 parto e 1 aborto anterior)
- HA = hipertensão arterial
- LES = Lupus Eritematoso Sistêmico
- MIS = membros inferiores
- P = para, que corresponde ao número de partos (ex: G3 P1 A1 – 3 gestações – 1 parto e 1 aborto anterior)
- PN = parto normal
- PV = parto vaginal
- Prov = provocado (aborto)
- ROT = rotina (exames de rotina)
- VAT = vacinação anti-tetânica

ULTRA-SONOGRAFIA (abreviações utilizadas para resumir laudo do exame)

- Apres. = apresentação do feto, cefálica, pélvica.
- BCF = batimentos cardíacos fetais (frequência cardíaca do bebê)
- CCN = comprimento cabeça-nádega (medida do comprimento do feto na USG)
- DBP – diâmetro bi-parietal (medida da cabeça do feto na USG)
- Gem. = gemelar
- Ig. ou Id. Gest. = idade gestacional
- LA = líquido amniótico
- LCE = longitudinal cefálico esquerdo (LCD – direito)
- Long = longitudinal
- Normod. = normodramnia (quantidade de líquido amniótico normal)
- Oligod. = oligodramnia (quantidade de líquido amniótico diminuída)
- Polidram. = polidramnia (quantidade de líquido amniótico aumentada)
- PELV = pélvico
- Plac = placenta
- USG = ultra-sonografia

ANEXO 3 – Listagem de medicamentos anti-hipertensivos

- metildopa ou nomes comerciais Aldomet®, Cardin®, Etildopanan®, Metildopa®.
- clonidina ou nome comercial Atensina®.
- hidralazina ou nome comercial APRESOLINA
- nifedipina ou nomes comerciais Adalat®, Adalat oros®, Adalat retard®, Cardalin®, Cardalin retard®, Diaflux®, Diaflux retard®, Nifedipina®, Nifedipina retard®, Nifelat®, Oxcord®, Oxcord
- propranolol ou nomes comerciais Antitensin (Teuto Brasileiro) 40/80mg; Cardiopranol (Sedabel) 40 / 80mg; Inderal (Zeneca) 10/40/80mg; Propranolol
- atenolol ou nomes comerciais Atenol®, Angipress®. Ablok, Angipress, Atenobal, Atenopress, Atenorm, Plenacor.
- labetalol nome comercial Inderal
- pindolol nome comercial Visken
- metoprolol nomes comerciais Selozok ou Seloken
- hidroclorotiazida nomes comerciais Clorana®, Diuperina®, Diurezin®, Drenol®,
- furosemida nome comercial lasix

ANEXO 4 – Listagem de antibióticos

- Amoxicilina – Amoxil
- Ampicilina – Amplacilina – Binotal
- Penicilina benzatina – Benzetacil – Longacilin
- benzilpenicilina potássica – penicilina cristalina – cristalpen
- Oxacilina sódica
- Imipenem – Tienam
- Cefalexina – Keflex
- Cefalotina sódica – Keflin
- Cefazolina sódica – Kefazol
- Cefotaxima sódica – Claforam
- Ceftazidima
- Ceftriaxona – Rocefin
- Amicacina
- Gentamicina – garamicina
- Nitrofurantoína – macrodantina
- Sulfadiazina
- Sulfametoxazol+trimetropina (SMS-TMP) – Bactrin
- Azitromicina - Azi
- Claritromicina – Klaricid
- Eritromicina – Eritrex
- Ciprofloxacino – Cipro
- Vancomicina
- Clindamicina – Dalacin
- Doxiciclina – Vibramicina
- Tetraciclina – tetrex
- Cloranfenicol – Quemacetina
- Metronidazol - Flagyl

ANEXO 5 – MODELOS DE CARTÃO

Cartão Rosa (Ministério da Saúde) - capa

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional

ALTIMETRIA UTERINA

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

IMC

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

BP – baixo peso A – adequado S – sobrepeso O – obesidade

Semana de Gestação

Cartão da Gestante

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____ Tel.: _____

Cadastro no SIS – prenatal _____

Agendamento

Data: _____ Hora: _____ Nome do profissional: _____ Sala: _____

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você a partir de todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

Branco e verde (Ministério da Saúde) – capa

CARTÃO DA GESTANTE

Nome: _____
 Endereço: _____
 Município: _____

Prontuário: _____

A G E N D A M E N T O

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

*Você precisa fazer no mínimo 6 consultas.
É um direito seu.*

Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido

Ultra-sonografia

Exames	Data	Resultado	Orientação/Condução

Hb-Ht
Glicemia de Jejum
VDRL
Urina (rotina)
Anti HIV
ABO-RH
Coombs Indireto

Curva de peso/idade gestacional

Curva altura uterina/idade gestacional

Branco e verde (Ministério da Saúde) – interior

IDADE ANOS		N.º DE HISTÓRIA CLÍNICA										ALFABETIZADA		ESTUDOS		ANOS COMPLETOS		ESTADO CIVIL/UNIÃO			
MENOR DE 15												<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO		<input type="checkbox"/>		CASAD <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>			
MAIOR DE 35												<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> MAIS DE 3 PARTOS		GESTAS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/>		NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> VIVEM <input type="checkbox"/>		ALGUM RN PESO MENOS DE 2.500g <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
FAMILIARES		INFECÇÃO URINÁRIA		DIABETES		HIPERT. ART.		GEMELARES		OUTROS		INFERTILIDADE		DIABETES		HIPERT. CRÔNICA		CIRURG. PÉLV. LITERINA		OUTROS	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
GRAVIDEZ ATUAL		ESTATURA		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.	
PESO ANTERIOR		ESTATURA		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.	
PESO ANTERIOR		ESTATURA		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.		DIAM.	
EX. CLÍNICO NORMAL		EX. DAS MAMAS NORMAL		EX. ODONTOL. NORMAL		PELVIS NORMAL		PAPANICOLAU NORMAL		COLPOSCÓPIA NORMAL		EX. CLÍNICO CERVIX		VD R.L.		FUMA		N.º de cigarros/dia			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
CONSULTA Nº		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
DATA																					

SEMANAS DE ANCIÊNCIA		PESO (kg)		PRESSÃO ARTERIAL MÁX. MÍN. (mmHg)		ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO		BCF / MOV. FETAL		ASS. DO PROFISSIONAL	

PARTO		IDADE GESTA		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		INÍCIO		MEMBRANAS		RUTURA		DEF.		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO					
HOSPITAL		MENOR DE 37 OU MAIOR DE 42		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ESP.		<input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> ESP.		<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.		DATA HORA DIA MÊS		<input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.		<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV. <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1.º TRIMES. <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2.º TRIMES. <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3.º TRIMES. <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPÉR. <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPÉR. <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT. <input type="checkbox"/> NENHUMA					
TERMINAÇÃO EXP. FORC.		HORA MINUTO		DIA MÊS ANO		NÍVEL DE ATENÇÃO		ATENDIDO		MÉDICO ENF. PAR. AUX. EMP. R. OUTROS		NEONATO							
<input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> OUT.						3 2 1 DOMIC. OUTRO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO							
EPISIOTOMIA		DEQUIT. EXP.		MORTE FETAL		MOMENTO		PARTO		MEDICACÃO NO PARTO		ANESTESIA LOCAL		ANESTESIA REGIO.		ANESTESIA GERAL			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO			
MEDICACÃO NO PARTO		ANALGÉSICO		TRANQUILIZANTE		OCÍTICO		ANTIBIÓTICO		OUTROS		NENHUM		AMEAÇA DE PARTO PREMAT.		NENHUMA			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO			

SEXO		V.D.R.L.		APGAR MINUTO		REANIMAÇÃO		PESO AO NASCER		IDADE PDR EXAME FÍSICO		PESOS G.		EX. FÍSICO IMEDIATO		HORA OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO	
F		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		MENOS DE 2.500g		Sem.		ADEQ.		NORMAL		TEMPERATURA	
M		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		MENOR DE 37 SEMANAS		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		PED.		ANORMAL		PULSO (BATIMENTO/MINUTO)	
ESTATURA		EX. FÍSICO PRÉ-ALTA		EX. NEURO		PATOLOGIAS		M. HIALINA		HEMORRHA		A. CONG.		PUERPÉRIO		PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mm Hg)	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO		<input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR. <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/> NEURDL.		<input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR. <input type="checkbox"/> APNÉIAS		<input type="checkbox"/> HEMORRHA <input type="checkbox"/> HIPERBILI. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEURDL.		<input type="checkbox"/> A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		INVOL. UTERINA	
PER. CEF.		NORMAL		ANORMAL		DUVIDOSO		M. HIALINA		HEMORRHA		A. CONG.		CARACTERÍSTIC. DOS LÓQUIOS		ALTA MATERNA	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO		<input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR. <input type="checkbox"/> APNÉIAS		<input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR. <input type="checkbox"/> APNÉIAS		<input type="checkbox"/> HEMORRHA <input type="checkbox"/> HIPERBILI. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEURDL.		<input type="checkbox"/> A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		MORTE MATERNA	
RN ALQU./CONJ.		ALTA DO RN		IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA		IDADE AO FALECER		ALIMENTAÇÃO		PEITO		MIXTO		ARTIFIC.		SADIA	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/PATOL. <input type="checkbox"/> ÓBITO		<input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS		<input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS		<input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC.		<input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC.		<input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC.		<input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/PATOLOGIA		ORIENT. CONTRAÇÃO CONDON	
																<input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LG. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM	

