

Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado

Discrepancies between verbal information and the records in pregnant woman card, a neglected instrument

Artigo Original

Palavras-chave

Gestantes
Cuidado pré-natal
Auditoria médica
Registros médicos

Keywords

Pregnant women
Prenatal care
Medical audit
Medical records

Resumo

OBJETIVO: Comparar o preenchimento do cartão da gestante em serviço-escola e em outros serviços, assim como verificar a concordância entre esses registros e as informações verbais das puérperas. **MÉTODOS:** Realizou-se estudo epidemiológico, transversal, misto, com duas etapas, adotando amostragem estratificada proporcional ao número de partos. Na primeira, os registros no cartão da gestante de um serviço-escola foram comparados aos de unidades não vinculadas ao ensino superior na área de saúde, em Recife (PE). Na segunda etapa, foram coletadas informações sobre o pré-natal de puérperas, por meio de questionário semiestruturado. Foram incluídas 262 puérperas com mais de 19 anos de idade, que portavam o cartão da gestante quando do parto, ocorrido entre maio e julho de 2008. Foram empregados testes estatísticos do χ^2 , *t* de Student ou de Mann-Whitney, todos unicaudais à direita, com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** As informações mais frequentemente registradas no cartão da gestante, no serviço-escola, foram escolaridade (86,5 contra 70,3%; $p=0,002$), estado civil (83,7 contra 70,9%; $p=0,01$), peso anterior à gestação (72,1 contra 46,8%; $p<0,001$), estatura (62,5 contra 45,6%; $p=0,007$) e práticas educativas (76,9 contra 11,4%; $p<0,001$) e, nos outros serviços, apenas a informação de nascidos vivos com peso <2.500 g (27,2% contra 15,4% no serviço-escola; $p=0,02$). Houve discrepâncias significantes entre os dados obtidos por informe verbal e os registros no cartão da gestante. No serviço-escola, receberam assistência pré-natal adequada 40,3% das gestantes, contra 20,3%, nas outras unidades. **CONCLUSÕES:** Predominou maior percentual de registros, em todos os serviços, nas informações diretamente relacionadas ao parto, em detrimento das ações de caráter preventivo na assistência pré-natal.

Abstract

PURPOSE: To compare the filling out of the prenatal care card of pregnant women at a school-service and other services, as well as to verify the concordance between these records and verbal information provided by the puerperae. **METHODS:** A two-stage epidemiological, cross-sectional study was performed with stratified sampling, proportional to number of births. In the first stage, the information recorded on the prenatal care card in the school-service was compared to that recorded in units not linked to higher health education in Recife (PE). In the second stage, the information about prenatal care was collected with a semi-structured questionnaire applied to women during the puerperal period. A total of 262 puerperae older than 19 years, who had a prenatal care card at the time of delivery were included in the study from May to July 2008. Data were analyzed statistically by the χ^2 test, Student's *t* test or Mann-Whitney test, all one-sided to the right, with the level of significance set at 5%. **RESULTS:** The information more often recorded on the prenatal care card in the school-service was: schooling (86.5 versus 70.3%; $p=0.002$), marital status, (83.7 versus 70.9%; $p=0.01$), weight prior to pregnancy (72.1 versus 46.8%; $p<0.001$), height (62.5 versus 45.6%; $p=0.007$), and educational practices (76.9 versus 11.4%; $p<0.001$) and, at other services, only birth weight $<2,500$ g (15.4 versus 27.2% at the school-service; $p=0.02$). There were significant discrepancies between data obtained by verbal information and the prenatal care records of the pregnant women. At the school-service, 40.3% of pregnant women received adequate prenatal care versus 20.3% at other units. **CONCLUSIONS:** In all services, there was a predominance of recorded information directly related to delivery, while information about actions with preventive characteristics during prenatal care was neglected.

Correspondência

Fabiano Djalma Figueirôa Paes Barreto
Rua Marques Amório, 310 – Santo Amaro
CEP: 50100-130
Recife (PE), Brasil

Recebido

15/07/2011

Aceito com modificações

25/04/2012

Trabalho realizado no Departamento Materno-Infantil da Universidade de Pernambuco – UPE – Recife (PE), Brasil.

¹ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Recife (PE), Brasil.

² Departamento Materno-Infantil da Universidade de Pernambuco – UPE – Recife (PE), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

Apesar de a maioria das gestações não apresentar complicações, esse evento determina uma série de alterações fisiológicas que podem agravar doenças pré-existentes ou mesmo desencadeá-las, comprometendo não só a saúde da mulher gestante como a do feto¹. As doenças desencadeadas pela gestação têm sido associadas a altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, nos países em desenvolvimento². Como a delimitação entre uma gestação normal e a possibilidade de risco não é muito precisa¹, melhores resultados perinatais estão associados a um maior número de consultas, bem como o início precoce do pré-natal, segundo os índices de adequação do pré-natal³. Dessa forma, se não houver acompanhamento profissional adequado, o processo reprodutivo se torna uma situação de risco, tanto para a mulher, como para o feto⁴.

No Brasil, o Ministério da Saúde introduziu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)⁵, com objetivos claros de melhoria da cobertura, preconizando no mínimo seis consultas e delineando um número mínimo de exames e procedimentos a serem realizados pelos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir as razões de morbimortalidade materna. No Manual Técnico para Atenção Qualificada e Humanizada ao Pré-natal e Puerpério (MTAQH), o Ministério da Saúde determina também que todas as informações sobre o seguimento da gestante fossem anotadas no prontuário e no cartão da gestante como parte da atenção qualificada e humanizada, permitindo o fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência do Sistema de Saúde⁶.

Para a avaliação da qualidade da assistência à saúde, devem ser considerados: a estrutura, o processo e os resultados, componentes também valorizados na auditoria médica⁷. A estrutura consiste no local em que os profissionais de saúde exercem suas atividades, incluindo instalações físicas, disponibilidade de materiais e equipamentos, localização geográfica dos serviços de saúde em relação ao local de moradia das usuárias, bem como adequação ambiental para preservar a saúde dos funcionários e conferir as melhores condições para o desenvolvimento das atividades assistenciais. O processo está representado pelos cuidados prestados e documentados no prontuário e os resultados, consequência do processo na estrutura. Assim, o registro da atenção prestada à gestante espelha a prática médica e estabelece a ligação entre a estrutura de atendimento e os resultados da atenção, bem como a qualidade desses registros reflete a assistência pré-natal prestada e influencia as decisões médicas subsequentes¹, ao estabelecer o vínculo entre o pré-natal e o parto^{5,8}, enquanto processos de um *continuum* de vida.

Partindo dessa premissa, assume-se neste trabalho que os procedimentos foram realizados nas consultas de

pré-natal e deveriam estar descritos no cartão da gestante, como fator de qualidade, admitindo que a qualidade da informação é proporcional à qualidade da assistência, mas, na ausência do registro da informação, é difícil fazer inferências sobre a qualidade⁵.

O objetivo do presente artigo foi comparar o preenchimento do cartão da gestante, como instrumento de comunicação profissional na assistência ao parto e puerpério, em serviço-escola e em outros serviços, tomando como parâmetro a obediência às determinações do MTAQH, do Ministério da Saúde, assim como verificar a concordância entre os registros e as informações verbais das puérperas.

Métodos

Realizou-se estudo epidemiológico, transversal, misto, retrospectivo, quanto à obtenção de dados secundários do cartão da gestante e sobre os procedimentos a que foram submetidas nas consultas de pré-natal, e prospectivo com relação às informações colhidas pelo pesquisador junto às mulheres, sujeitos da pesquisa, e seus prontuários. Foi comparado o uso do cartão da gestante em serviço-escola àquele de pré-natal realizado em unidades não vinculadas ao ensino superior da área de saúde.

Foram incluídas puérperas, que tiveram parto realizado na maternidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (serviço-escola) ou em unidades de média complexidade (outras unidades), todas do Sistema Único de Saúde, no período de maio a julho de 2008; tinham 19 ou mais anos de idade, apresentaram o cartão da gestante e concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Tomando por base a média mensal de partos igual a 830, com percentual médio de 97,3% de mulheres que se submeteram a, no mínimo, uma consulta de pré-natal⁶, segundo estatísticas das maternidades, e admitindo-se precisão de 1,6%, efeito de desenho igual a 1,0 e nível de significância de 5%, o tamanho amostral geral, calculado pela fórmula de Pocock, igualou-se a 262 partos.

Adotou-se amostragem estratificada, proporcional ao número de partos realizados em cada uma das maternidades, para atender ao seu nível de complexidade. A amostra esteve composta por 158 puérperas de unidades de média complexidade e 104 puérperas, do serviço-escola de alta complexidade.

Os dados foram coletados a partir do cartão da gestante e de formulário estruturado, no qual foram anotadas, pelo pesquisador, as respostas das puérperas sobre dados sociodemográficos, antecedentes pessoais e obstétricos, dificuldades vivenciadas para realização de exames laboratoriais e participação de práticas educativas durante o pré-natal.

Foram analisadas as características sociodemográficas da amostra (local de residência, idade materna, escolaridade, situação conjugal) e o registro das informações do pré-natal, segundo os critérios do MTAQH⁶. Essas variáveis foram: existência de doenças diagnosticadas antes da atual gestação (infecção urinária, infertilidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, malformação, cirurgia pélvica uterina e positividade do teste antívirus da imunodeficiência humana – HIV), história obstétrica (número de gestações anteriores, paridade, parto das gestações anteriores, história de natimortos e de concepto de baixo peso) e hospitalização.

Também foram considerados os registros de: adequação do número de consultas de pré-natal, antropometria, data da última menstruação, idade gestacional, exame físico e das mamas, tensão arterial, altura do fundo uterino, ausculta dos batimentos cardíacos, utilização do nomograma de Rosso e do gráfico de altura uterina para a idade gestacional, adequação do exame obstétrico de cada consulta e dos exames complementares durante o pré-natal. Quanto às condutas preventivas adotadas no pré-natal, considerou-se o registro, no cartão da gestante, de: vacinação antitetânica, exame preventivo de câncer de colo do útero, participação em práticas educativas durante o acompanhamento pré-natal, suplementação de ferro e de ácido fólico.

Para caracterização da adequação do número de consultas, considerou-se: caso ignorado, a ausência do registro no cartão da gestante do mês de início do pré-natal ou do número de consultas realizadas; pré-natal inadequado, quando iniciado após o sexto mês de gestação ou realização de um número de consultas menor do que o recomendado para a idade gestacional, uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo trimestre e três no terceiro. Considerou-se pré-natal intermediário, aquele com início até o sexto mês de gestação, realização de cinco consultas para uma gestação a termo ou em número menor do que o recomendado para a idade gestacional ao parto. O pré-natal adequado foi definido como o que teve início até o quarto mês gestacional, no mínimo seis consultas para gestação a termo, ou em número igual ou maior do que o recomendado para a idade gestacional ao parto³.

Quanto à adequação do exame obstétrico de cada consulta, considerou-se: ausente, quando da inexistência do registro dos parâmetros obstétricos em cada consulta; intermediário, na presença do registro de apenas alguns parâmetros em cada consulta; e, completo, quando houve o registro de todos os parâmetros em cada consulta. A realização dos exames complementares foi classificada como: ausente, quando não registrada no cartão da gestante; intermediária, na presença de registro do tipo de exame em número inferior ao recomendado pelo Ministério da

Saúde⁶; e, adequada, quando o registro do tipo de exame obedeceu a essas recomendações.

Os resultados foram armazenados e submetidos à crítica de consistência em programa Epi-Info, versão 3.5.1. Com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 14.0, as variáveis qualitativas de caracterização amostral foram apresentadas como distribuição de frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, como média e erro padrão da média ou mediana. Foram empregados os testes: χ^2 ou teste exato de Fisher, quando a regra de Cochran não foi obedecida, teste *t* de Student ou Mann-Whitney, conforme as variâncias entre os grupos fossem iguais ou diferentes, avaliadas pelo teste de Levene. Foi adotado nível de significância de 0,05, unicaudal à direita, em todos os testes, para análise da hipótese nula.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Amaury de Medeiros, sob número 019/08, assim como foi obtida permissão para realização da pesquisa nas maternidades locais do estudo, por meio de carta de anuência. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos do Código Brasileiro de Ética Médica⁹, da Declaração de Helsinque¹⁰ e da Resolução 196/96¹¹ do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Das 262 puérperas analisadas, 104 (39,7%) tiveram assistência pré-natal em serviço-escola e 158 (60,3%) em unidades não relacionadas ao ensino superior. As 262 puérperas caracterizaram-se por média de idade 26,4±0,3 anos, com variação entre 19 e 42 anos, procedência da cidade de Recife (48,1%), nível médio de escolaridade (50,2%), moradia com companheiro (82,4%) e exercício de atividade laboral não remunerada (67,2%) (Tabela 1).

A partir dos dados constantes no cartão da gestante, nos prontuários e nas informações verbais das puérperas, quanto aos locais de assistência pré-natal, constatou-se que o serviço-escola atendeu mais frequentemente mulheres gestantes procedentes da cidade de Recife ($p=0,006$), com escolaridade em nível médio ($p=0,01$) e com trabalho remunerado ($p=0,03$) (Tabela 1).

O serviço-escola também diferiu de outras unidades de assistência pré-natal por apresentar menor omissão de registro relativo à escolaridade ($p=0,002$) e ao estado civil ($p=0,01$), assim como de antecedentes pessoais e obstétricos, embora sem significância. Nas outras unidades de assistência pré-natal, foi mais frequente o registro de nascidos vivos com peso menor do que 2.500 g ($p=0,02$).

O serviço-escola apresentou percentuais menores de ausência de registro de peso anterior à gestação, estatura e práticas educativas, quando comparado às outras unidades de assistência pré-natal e essas diferenças foram

significantes. Em relação aos dados da gestação atual, houve alto percentual de ausência de registro no cartão da gestante, atingindo cifras entre 69,8 e 94,7% para as informações de exame físico e normograma de Rosso.

Partindo-se das recomendações do Ministério da Saúde⁶ para a assistência ao pré-natal e puerpério, constatou-se que, quando questionadas, as mulheres puérperas mais frequentemente declararam terem sido submetidas às avaliações de altura de fundo de útero, batimentos cardíofetais (considerada a idade gestacional em que podiam ser aferidos), exame físico e das mamas, do que os registros constantes no cartão da gestante e essas diferenças foram significantes (Tabela 2).

As faltas de concordância entre as anotações no cartão da gestante e as informações obtidas junto às puérperas foram agrupadas em dois critérios. Um grupo de discordâncias consistiu na informação de maior número de procedimentos do que de registro no cartão da gestante. Nesse grupo, estiveram: tipagem sanguínea, exame de Papanicolaou e práticas educativas (Tabela 3).

O segundo grupo referiu-se à puérpera ter declarado que havia sido submetida a procedimentos com maior frequência do que a registrada no cartão da gestante. Constava no cartão da gestante que a maior parte das mulheres foi submetida uma única vez a hemograma,

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas das gestantes, segundo local em que receberam assistência pré-natal

Variáveis sociodemográficas	Local de assistência pré-natal				Total (n=262)		Valor p
	Serviço-escola (n=104)		Outras unidades (n=158)		n	%	
	n	%	n	%			
Faixas etárias (anos)*							0,3
19–35	98	94,2	152	96,2	250	95,4	
36–42	6	5,8	6	3,8	12	4,6	
Procedência*							0,006
Cidade de Recife	57	54,8	69	43,7	126	48,1	
Região Metropolitana de Recife	42	40,4	61	38,6	103	39,3	
Outras localidades	5	4,8	28	17,7	33	12,6	
Escolaridade**							0,01
Nível fundamental	34	37,8	61	60,5	95	47,3	
Nível médio ou superior	56	62,2	50	49,5	106	52,7	
Estado civil***							0,5
Com companheiro	70	80,4	94	83,9	164	82,4	
Sem companheiro	17	19,6	18	16,1	35	17,6	
Atividade profissional****							0,03
Trabalho não remunerado	62	59,6	114	72,2	176	67,2	
Trabalho remunerado	42	40,4	44	27,8	86	32,8	

Nota: Teste de χ^2 ; *Dados obtidos do prontuário de 262 gestantes; **Dados obtidos do cartão da gestante de 201 mulheres puérperas; ***Dados obtidos do cartão da gestante de 199 mulheres puérperas; ****Dados obtidos do questionário.

Tabela 2. Comparação entre o registro de informações no cartão da gestante e o relato das mulheres gestantes quanto à avaliação clínico-obstétrica

Variáveis da avaliação clínico-obstétrica	Fonte de informação				Valor p
	Cartão da gestante		Questionário		
	n	%	n	%	
Aferição de peso					
Adequada	247	94,3	253	96,6	0,210*
Inadequada	15	5,7	9	3,5	
Aferição de pressão arterial					
Adequada	256	97,7	257	98,1	0,760**
Inadequada	6	2,3	5	1,9	
Aferição de altura de fundo uterino					
Adequada	223	85,1	251	95,8	<0,001*
Inadequada	39	14,9	11	4,2	
Aferição de batimento cardíofetal					
Adequada	190	72,6	253	96,6	<0,001*
Inadequada	72	27,4	9	3,4	
Exame clínico	79	30,2	184	70,2	<0,001*
Exame das mamas	71	27,1	195	74,4	<0,001*

*Teste de χ^2 . **Teste exato de Fisher. Adequada: realizada em todas as consultas; Inadequada: realizada em algumas consultas ou não realizada.

Tabela 3. Comparação entre o registro de informações no cartão da gestante e o relato das gestantes quanto aos exames complementares

Variáveis de exames complementares	Fonte de informação				Valor p
	Cartão da gestante		Questionário		
	n	%	n	%	
Tipagem sanguínea					
1 vez	229	87,4	254	96,9	<0,001*
Nenhuma	33	12,6	8	3,1	
Hemograma					
1 vez	148	56,5	72	27,5	<0,001*
2 ou mais vezes	95	36,3	181	69,1	
Nenhuma vez	19	7,2	9	3,4	
Glicemia					
1 vez	155	59,1	94	35,9	<0,001*
2 ou mais vezes	74	28,3	151	57,6	
Nenhuma vez	33	12,6	17	6,5	
VDRL					
1 vez	146	55,7	116	44,3	0,008*
2 ou mais vezes	89	34,0	105	40,1	
Nenhuma vez	27	10,3	41	15,6	
Urinalise					
1 vez	143	54,6	68	26,0	<0,001*
2 ou mais vezes	89	33,9	185	70,6	
Nenhuma vez	30	11,5	9	3,4	
Teste de HIV					
1 vez	179	68,3	181	69,1	<0,001**
2 ou mais vezes	6	2,3	62	23,6	
Nenhuma vez	77	29,4	19	7,3	
Ultrassonografia					
1 vez	68	26,0	30	11,5	<0,001*
2 ou mais vezes	164	62,6	228	87,0	
Nenhuma vez	30	11,4	4	1,5	
Exame de Papanicolaou	77	29,4	204	77,9	<0,001*
Práticas educativas					
Pelo menos uma	97	37,0	237	90,5	<0,001*
Nenhuma	165	63,0	25	9,5	

*Teste de χ^2 ; **Teste do χ^2 para duas categorias (nenhuma ou 1 vez contra 2 ou mais vezes)

urinálise, glicemia, VDRL e teste para pesquisa de HIV, e de duas ou mais vezes à ultrassonografia obstétrica. No entanto, as pacientes informaram terem sido submetidas a dois hemogramas, duas urinálises, duas determinações de glicemia e três ou mais ultrassonografias obstétricas. Todas essas diferenças foram significantes (Tabela 3).

Em relação à prevenção de anemia, identificou-se registro de 37 (14,1%) puérperas terem feito uso de sulfato ferroso e 20 (7,6%) terem usado ácido fólico, enquanto que, por informe verbal, 231 (88,2%) mulheres usaram sulfato ferroso e, 143 (54,6%), ácido fólico, sendo essas diferenças significantes ($p < 0,001$).

Quanto à antibioticoterapia, no cartão constavam 34 (13%) registros de diagnóstico de infecção de trato urinário por urinálise, tendo sido submetidas à antibioticoterapia 7 (2,7%) mulheres gestantes. No entanto, quando questionadas, 77 (29,4%) mulheres puérperas declararam ter feito uso de antibióticos para tratamento dessas infecções, diferença que teve significância estatística ($p < 0,001$).

O cartão da gestante permitiu identificar 209 (79,8%) mulheres vacinadas durante a gestação e 8 que tinham sido hospitalizadas (3,1%), mas 123 (46,9%) verbalmente confirmaram que tinham sido vacinadas e 34 (13%)

declararam terem sido hospitalizadas por intercorrências clínicas/obstétricas.

Outros exames complementares foram registrados no cartão da gestante, incluindo: eletroforese de hemoglobina em 19 (7,2%) pacientes, assim como pesquisas de vírus T-linfotrópicos humanos (11; 4,2%), vírus da hepatite C (6; 2,3%), citomegalovírus (4; 1,5%) e colposcopia (14; 5,3%).

Considerando-se os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde⁶ e a classificação de pré-natal proposta por Coimbra et al.³, maior percentual de mulheres recebeu assistência pré-natal adequada no serviço escola (40,3 contra 20,3% em outras unidades), enquanto, em outras unidades, predominou pré-natal intermediário ou ignorado (79,7%).

Discussão

Os resultados da presente pesquisa permitiram comprovar que o cartão da gestante foi subutilizado como instrumento de intercomunicação profissional na assistência ao parto e puerpério, tanto no serviço-escola, quanto nos outros serviços, em relação às determinações

do MTAQH ao Pré-natal e Puerpério, do Ministério da Saúde, embora os serviços tivessem apresentado diferenças em alguns desses parâmetros⁶.

Reconhecendo que não se deve privilegiar a análise das características e dos resultados da assistência e relegar ao segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas, mas, sim, avaliar o funcionamento do programa de saúde, contemplando os cuidados efetivamente fornecidos e recebidos na assistência¹², cumpre comparar os registros no cartão da gestante do serviço-escola com os de outros serviços, admitindo que o serviço-escola tem maior complexidade e tecnologia¹³.

Quanto à clientela, constatou-se que o serviço-escola teve maior abrangência, pois a maioria das mulheres gestantes procedia da Região Metropolitana, o que pode ter derivado do fato de o serviço ser referência para gestação de alto-risco, como se comprovou ao identificar maior frequência de alterações obstétricas entre as gestantes nele atendidas. Por outro, não se pode ignorar a possível influência do fator cultural¹⁴, já que essas mulheres gestantes tinham maior escolaridade e mais frequentemente tinham atividade profissional remunerada, quando comparadas às atendidas nas outras unidades.

Essa constatação pareceu confirmar pesquisa realizada no Rio de Janeiro, incluindo 9.920 mulheres puérperas, na qual se identificou que melhor nível de instrução e trabalho remunerado atuaram positivamente no processo de escolha do serviço pré-natal¹⁵. Também se tem admitido que mulheres com melhor nível de instrução podem exercer maior poder de pressão sobre os serviços de saúde na atenção de atendimento de qualidade, o que corrobora teses incômodas relacionadas à exclusão social¹⁶.

Ao comparar as informações do cartão da gestante relativas à: escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais e obstétricos e dados da gravidez atual, registradas no serviço-escola e nas outras unidades, identificaram-se três níveis de prioridade, considerando-se que tais registros foram realizados por profissionais de saúde. Foram priorizados os registros relativos ao tipo de parto, número de gestações, parturições, abortamentos, natimortos e data da última menstruação, atingindo percentual igual ou maior do que 90% dos cartões da gestante, por motivos que não se pode identificar na literatura consultada, mas que podem refletir a seleção voltada para o raciocínio clínico da assistência ao parto.

Em segundo plano, estiveram informações menos valorizadas, com registro em percentual menor do que 15% dos cartões, em todos os serviços. Nesse grupo, estiveram realização dos exames de Papanicolaou, preenchimento dos gráficos do normograma de Rosso e da curva de crescimento fetal. Entre esses dois extremos, estiveram as demais informações, ora mais valorizadas pelo serviço-escola, ora pelas outras unidades, mas sempre

com alto percentual de omissão, mesmo considerando sua relação com o risco obstétrico.

Essa constatação reforçou a resistência que o profissional de saúde tem para incorporar na rotina de atendimento mais um formulário, devendo, para tanto, estar sensibilizado e conhecer a razão para estar preenchendo “mais um papel”¹³. É necessário que se reconstrua o conceito de pré-natal, não apenas relacionado à parturição, mas como um contínuo do processo gestacional, valorizando a vida do binômio mãe-feto¹.

Parece possível afirmar que o foco de atenção dos profissionais que prestam assistência pré-natal é garantir o parto, em detrimento da garantia da saúde da mulher até o parto. Os serviços e os profissionais, em geral, consideram o parto o “final” do processo e não valorizam o período gestacional e o retorno da mãe após o parto. Embora seja evidentemente uma questão de falha no planejamento e execução da assistência, é, em primeiro lugar, um viés na percepção dessa atenção¹⁷.

A baixa frequência de anotação dos antecedentes pessoais e da gravidez atual denota clara incompreensão acerca da importância desse registro e/ou do processo de capacitação da mulher para a maternidade, o qual é construído e reforçado nas práticas educativas¹⁷. A efetividade de pré-natal não pode ser limitada aos efeitos sobre o baixo peso ao nascer e a prematuridade, uma vez que seus objetivos incluem a oportunidade de engajar a mulher no cuidado com a própria saúde e a de seu filho, assim como a mudança de estilo de vida¹⁸. À medida que o parto se tornou mais seguro para a mulher, o foco de atenção para redução de risco tornou-se o feto, fazendo com que os profissionais médicos se tornassem advogados fetais, devendo monitorizar, avaliar e julgar o comportamento materno em relação ao feto, o que pode estar refletindo na prioridade de registro das informações no cartão da gestante¹⁹.

Enquanto o rastreamento de pré-eclâmpsia através da aferição da tensão arterial respeitou a recomendação de realização para todas as mulheres na primeira consulta e durante toda a gestação e pareceu reforçar essa argumentação²⁰, a ausência de registro do nomograma de Rosso (92,3% dos cartões, no serviço-escola, e 96,2%, nas outras unidades) e da curva de crescimento fetal (86,5%, no serviço-escola, e 89,9%, nas outras unidades) pareceram se contrapor a ela. A monitorização do estado nutricional da gestante e do crescimento fetal é considerada um alerta para complicações maternas e fetais, que podem ser prevenidas durante a assistência pré-natal²¹. Isso parece denotar a resistência que o profissional de saúde tem para incorporar na rotina de atendimento mais um registro¹⁷. No entanto, pode também refletir a falta de preparo profissional para o uso desse instrumento, quer no registro, em sua

interpretação ou, ainda, nas condutas adequadas quando da identificação de alterações¹⁸.

Nos estudos envolvendo a assistência pré-natal, constata-se preocupação destacada quanto ao número e ao espaçamento das consultas^{3,15,22-24}. Embora seja imprescindível garantir a realização das consultas pré-natais em número e precocidade recomendados, é também necessário que elas sejam de boa qualidade no que diz respeito ao conteúdo, aspecto que tem sido negligenciado²², já que poucos estudos investigam a qualidade da atenção pré-natal, expressa pelo desempenho apropriado de intervenções, comparado com um padrão.

No presente trabalho, os registros no cartão da gestante foram contrapostos às informações verbais das mulheres puérperas, para conferir maior fidedignidade à ausência do registro, tomando o cuidado de avaliar essas ausências à luz da Obstetrícia. Por exemplo, para computar ausências de registro de altura de fundo de útero e batimentos cardíacos, considerou-se a idade gestacional a partir da qual essa mensuração era possível²¹.

Com base nessas premissas, constatou-se que as mulheres puérperas informaram terem sido submetidas aos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para a avaliação clínico-obstétrica mais frequentemente do que os registros no cartão. As possibilidades dessa disparidade parecem ter sido a falta de registro adequado por esses profissionais, apesar do parâmetro ter sido avaliado, e o viés de memória da mulher puérpera. O presente estudo não objetivou detalhar essa particularidade, mas parece adequado recomendar que outros estudos investiguem esse aspecto, dada a gravidade do fato.

A presente pesquisa foi mais abrangente do que outros estudos no que se referiu à frequência de exame clínico, impossibilitando comparações^{23,25}. No entanto, foi preocupante identificar que essa informação estava presente em apenas 30,2% dos cartões da gestante, além do que só 70,2% das mulheres puérperas informaram terem sido submetidas a essa avaliação. Essas constatações pareceram confirmar que a maioria das mulheres recebeu assistência desarticulada e parcial, tal como referiram Serruya et al.¹⁷, ao avaliarem a implantação do PHPN.

Observou-se diferença significativa entre os percentuais de registro e de informação verbal quanto ao exame das mamas, nesta pesquisa, como também grande variabilidade de resultados informados por outros autores^{22,25,26}. Por meio de entrevista aplicada a 230 mulheres puérperas, participantes de estudo transversal, foi possível constatar que 37,5% tinham sido submetidas ao exame das mamas no pré-natal²⁶. Estudo transversal, envolvendo 4.552 mulheres atendidas em 4 hospitais de Aracaju, permitiu identificar que 58,6% referiram ter suas mamas examinadas²⁵. Em duas maternidades de referência para gestantes de alto risco de Recife, por

meio de estudo transversal realizado, foi relatado que 17,7% das 612 mulheres gestantes entrevistadas haviam sido submetidas a esse exame²².

Os baixos percentuais de cumprimento do exame das mamas foram atribuídos à maior exigência de tempo de consulta para sua realização, bem como houve o alerta de que a não realização indica sérios problemas na qualidade da atenção, que dizem respeito ao comprometimento da equipe de saúde e da implantação de uma rotina comprovadamente benéfica para a mãe e para seu filho²⁶.

Ainda que se considere todo o contexto em que se dá a assistência pré-natal, incluindo, por um lado, a sobrecarga de trabalho, o despreparo e a insegurança na realização das tarefas por parte dos profissionais de saúde, e, de outro, a escassez dos serviços em relação à demanda, o excesso de burocracia para o atendimento, o atraso na entrega dos resultados de exame, o baixo poder aquisitivo das gestantes impedindo que possam obedecer a todas as recomendações médicas, o baixo percentual de registro de ações como o exame físico, exame das mamas, resultados de colposcopia e do teste de Papanicolaou é um fato relevante¹⁶. Indica uma oportunidade perdida²⁶, especialmente considerando que o Brasil é um país em transição.

A consulta à literatura deixou perceber uma limitação do presente estudo que se referiu a não valorização dos registros de edema e de apresentação fetal, temas abordados por outros autores^{22,23}, porque esses itens raramente foram registrados no cartão da gestante.

Quanto aos exames complementares, a discrepância entre o registro no cartão da gestante e a informação da mulher puérpera não esteve na falta da realização dessas provas, mas na frequência. Enquanto as mulheres informaram maior periodicidade com que foram submetidas a esses exames, o registro do cartão da gestante mais frequentemente informou realização única. Isso acarreta dificuldade de avaliação da qualidade do pré-natal. Se o registro do cartão é considerado mais confiável do que a informação da mulher puérpera, dada a possibilidade de viés de recordação, então a assistência pré-natal no serviço-escola e nos outros serviços deixou de cumprir seu papel no que se refere ao diagnóstico e à intervenção precoce para tratamento de doenças que podem comprometer o resultado gestacional. Se a informação da gestante é valorizada e considerada fidedigna, então o raciocínio inverso é verdadeiro, mas traz consigo o prejuízo da comunicação entre as diversas instâncias envolvidas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Cabe considerar que o registro no cartão da gestante não é uma ação, em si mesmo, mas a documentação de procedimentos que necessariamente devem ter sido realizados. Os dados da presente pesquisa não permitem fazer juízo de valor, mas apenas alertar que essa discrepância pode indicar a necessidade de pesquisas mais detalhadas nesse aspecto.

Outras discordâncias identificadas entre o registro no cartão da gestante e a informação verbal da mulher puérpera referiram-se ao uso de antibioticoterapia e hospitalizações durante a gestação, que devem ser motivo de preocupação, não apenas por romper a filosofia da assistência pré-natal, mas, sobretudo, pelo peso dessa informação na assistência ao parto e ao puerpério¹⁴. Gestações de alto risco podem ter sido conduzidas como de baixo risco, expondo a mulher, o feto e a equipe de saúde a desconfortos preveníveis, cujo desfecho pode ser grave²³.

A análise das alterações obstétricas convidou à reflexão do cartão da gestante como instrumento de avaliação. A avaliação é uma estratégia para decidir o enfrentamento e a resolução de problemas. Deve se constituir em elemento efetivamente capaz de participar de processos que produzam respostas às questões apresentadas pelos que vivenciam o objeto avaliado²⁷. Daí decorre que a subutilização do cartão da gestante impede a análise de uma relação entre as alterações obstétricas diagnosticadas e o impacto do pré-natal sobre essa frequência. Sem dados, não há evidências e qualquer juízo de valor corre o risco de estar errado, mesmo identificando que 56,7% da assistência pré-natal prestada no serviço-escola e 79,7% nos outros serviços foram consideradas inadequadas ou intermediárias.

É consenso admitir que as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica são tão importantes quanto as atividades das pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados¹⁷. Embora as políticas se fundamentem principalmente no incremento

da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal, é seu conteúdo que retrata com maior fidelidade o processo do atendimento e atua como preditor significativo do prognóstico do nascimento²³.

Como a ideia, no senso comum, de 'fazer pré-natal' é ter um certo número de consultas, mesmo a permanência de determinados dados epidemiológicos, como a taxa de 4,2% de sífilis congênita e de 17,2% de alterações obstétricas relativas ao pré-natal, não parece sensibilizar os profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal. Além disso, alguns estudos sobre a assistência materna apresentam outros claros sinais de descaso, como o número de mulheres com prontuários sem anotações e cartões de acompanhamento não preenchidos^{28,29}.

As estatísticas permanentemente preocupantes de morbimortalidade materna e perinatal, nos países em desenvolvimento como o Brasil, são decorrentes do não cumprimento de cuidados maternos e perinatais de boa qualidade^{4,19}. Assim, a falta de registro das informações no cartão da gestante faz com que seja rompida a integração entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, o que é crucial, uma vez que, mesmo nos casos em que houve controle pré-natal adequado, com ou sem doenças associadas, a indisponibilidade das informações referentes a esse período promove uma ruptura da história gestacional da parturiente, fragilizando assim todas as ações realizadas até o momento do nascimento.

Referências

1. Dooley EK, Ringler RL Jr. Prenatal care: touching the future. *Prim Care*. 2012;39(1):17-37.
2. Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, Wirth ME, Chowdhury AM, Rossenfield A. Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet*. 2005;365(9463):997-1000.
3. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):456-62.
4. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
7. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(10):273-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Urgências e emergências maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.931, 17 setembro 2009. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2009 set 24; Sec. 1:90.
10. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Ferney-Voltaire: WMA; 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96, 1996. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729.

13. Sarti TD, Anderson MIP, Marto RH. Registros clínicos e atenção primária: reflexões à abordagem biopsicosocial. *Rev APS*. 2008;11(4):413-20.
14. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJ, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Pol Plan*. 2010;25(4):253-61.
15. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. 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. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Suppl 1:S63-S72.
16. Gonçalves CV, Dias-da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1783-90.
17. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(7):517-25.
18. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:34.
19. Jordan RG, Murphy PA. Risk assessment and risk distortion: finding the balance. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(3):191-200.
20. Duley L, Henderson-Smart DJ. Drugs for rapid treatment of very high blood pressure during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD001449.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Assistência pré-natal: manual técnico. 5a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
22. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7(3):309-17.
23. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(11):563-9.
24. Trevisan MR, de Lorenzi DRS, de Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(5):293-9.
25. Ribeiro ER, Guimarães AM, Bettiol H, Lima DD, Almeida ML, de Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:31.
26. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):290-5.
27. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005;5 Suppl 1:S23-S32.
28. Reis ZSN, Correia RJC, Pereira AC. Sistemas eletrônicos de informação na assistência e pesquisa em saúde da mulher: para quando um maior envolvimento dos profissionais de saúde? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(3):107-10.
29. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):131-9.