

Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal

Pregnant Cards information and medical records of primary care on prenatal care

Artigo Original

Palavras-chave

Cuidado pré-natal
Controle de formulários e registros
Registros médicos

Keywords

Prenatal care
Forms and records control
Medical records

Resumo

OBJETIVO: Verificar a concordância entre as informações registradas nos cartões das gestantes e nos prontuários da Atenção Básica sobre a assistência pré-natal do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **MÉTODOS:** Foi considerada uma população de estudo de 360 puérperas residentes no município, entrevistadas em três maternidades onde os cartões foram copiados. Os dados referentes às informações da assistência pré-natal registrados nos prontuários foram coletados por meio de uma revisão dos mesmos nas unidades de saúde do município. As informações foram coletadas, processadas e submetidas aos testes de Kappa, Kappa Ajustado e McNemar para verificar a concordância e a tendência de discordância entre o cartão da gestante e o prontuário. **RESULTADOS:** Os níveis de concordância sobre a assistência pré-natal foram predominantemente moderados (Kappa=0,4–0,6). Nota-se uma tendência de maior registro do número de consultas nos cartões das gestantes (McNemar=22,3; valor $p<0,01$). A suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso apresentou tendência a um maior registro da informação no prontuário (McNemar=70,8 e 69,8; respectivamente; valor $p<0,01$). A cobertura de vacinação antitetânica foi de cerca de 50%. Foi priorizado o registro dos procedimentos clínico-obstétricos e dos exames laboratoriais no cartão da gestante. **CONCLUSÃO:** O prontuário da Atenção Básica foi subutilizado como instrumento de intercomunicação entre os profissionais de saúde, evidenciando a precariedade dos registros. Os resultados sugerem uma reflexão sobre a garantia da realização dos procedimentos mínimos estabelecidos pela Política de Saúde Materna e Infantil e sobre a importância dos registros clínicos nos serviços de saúde, visto que há variação conforme a fonte de informação.

Abstract

PURPOSE: To determine the agreement between the information on pregnant cards and on primary care medical records about prenatal assistance in the city of Vitória, Espírito Santo, Brazil. **METHODS:** A population study of 360 puerperal women living in this city was interviewed at three hospitals where the cards were copied. Prenatal care data were collected by reviewing the medical records at the city health unit. The information was collected, processed, and submitted to Kappa, Adjusted Kappa, and McNemar tests to check agreement and tendency to disagreement between the cards and the medical records. **RESULTS:** The levels of agreement within prenatal care were predominantly moderate (Kappa=0.4–0.6). There was a higher tendency to keep records of appointments on the cards (McNemar=22.3; p -value<0.01). Records of supplementation with folic acid and ferrous sulphate were kept more often on the medical records (McNemar=70.8 and 69.8, respectively; p -value<0.01). The tetanus vaccination coverage was about 50%. Clinical and obstetric procedures and laboratory tests were primarily recorded on the card. **CONCLUSION:** The medical records of primary care were underused as a tool for communication among health professionals, highlighting a precarious record keeping. The results suggest that thought be given to guarantee that the minimum procedures established by the Guidelines of Maternal and Infant Health are followed, and also to the importance of clinical record keeping in health services, since there is variation depending on the source of information.

Correspondência

Edson Theodoro dos Santos Neto
Avenida Marechal Campos, 1468 – Maruípe
CEP: 29040-090
Vitória (ES), Brasil

Recebido

02/12/2013

Aceito com modificações

09/04/2014

DOI: 10.1590/S0100-720320140004907

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES – Vitória (ES), Brasil.

¹Unidade de Pronto Atendimento, Prefeitura Municipal de Serra – Serra (ES), Brasil.

²Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES – Vitória (ES), Brasil.

³Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES – Vitória (ES), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

O processo de tomada de decisão em saúde pública é diretamente dependente da disponibilidade de informações. A informação, habitualmente, é resultante da geração, análise e divulgação de dados que são processados pelos sistemas de informação. Os sistemas de informação, no entanto, não funcionam adequadamente e, por serem fragmentados e complexos, não são capazes de responder às necessidades particulares dos países e não atendem às expectativas globais¹.

Estudos têm mostrado que a qualidade dos dados e dos sistemas de informação em saúde, assim como a utilização da informação disponível, estão relacionadas à eficiência dos serviços de saúde. Isso sugere que quanto maior a utilização dos dados, maior a qualidade dos serviços de saúde².

A existência de informações sobre a saúde materno infantil é fundamental para garantir uma assistência pré-natal de qualidade e, conseqüentemente, contribuir para com as ações de redução da mortalidade materna e perinatal. No Brasil, apenas uma cobertura adequada da assistência pré-natal não garante a redução dos coeficientes de mortalidade materna³. Um dos obstáculos para a avaliação qualitativa da assistência pré-natal é a utilização de diferentes instrumentos como fontes de informação, não sendo estabelecido um instrumento sistematizado e padronizado a nível nacional⁴. O cartão da gestante, criado em 1988, tem sido utilizado como fonte de informação pelo fato de conter o registro dos principais informações sobre o acompanhamento pré-natal. Por permanecer com a gestante, facilita a comunicação entre os profissionais, permitindo a continuidade da assistência nos três níveis de atenção⁵.

O prontuário da atenção básica constitui-se em outra ferramenta, não padronizada, utilizada como fonte de dados. No entanto, tem sido observada sua fragilidade quanto à completude⁶ e, até mesmo, à inexistência dos registros, caracterizando um registro ritualístico que não atende, em sua maioria, aos critérios estabelecidos pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Espera-se que essas duas fontes de informações sejam mais fidedignas por serem transcrições diretas, feitas pelos profissionais vinculados ao atendimento da gestante, traduzindo as ações e condutas realizadas durante todo o processo de assistência, supondo-se que não haja perdas de informações adicionais nem dificuldades técnicas para sua execução⁷. Por outro lado, são instrumentos de alta relevância para a organização e planejamento dos serviços em saúde e sua avaliação permite inferir diretamente sobre a qualidade da assistência pré-natal⁸.

O acompanhamento pré-natal é reconhecidamente importante para promover gravidez e parto saudáveis. Para se fazer inferências sobre sua qualidade, torna-se

necessário o registro das informações do acompanhamento da gestante durante o pré-natal⁹. No Brasil, o prontuário da atenção básica e o cartão da gestante são utilizados rotineiramente no Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumentos de registro do seguimento da gestante. No entanto, observa-se que as informações referentes a um mesmo atendimento nem sempre coincidem ao se comparar as fontes de informação, resultando em avaliações da assistência pré-natal que diferem de acordo com a fonte de informação utilizada^{8,9}.

Nesse sentido, este estudo se propõe a verificar a concordância entre os dados registrados no cartão da gestante e no prontuário das usuárias do SUS em um município do sudeste do Brasil.

Métodos

Foram utilizados na pesquisa, prontuários da atenção básica de mulheres provenientes de um estudo epidemiológico seccional desenvolvido no município de Vitória, Espírito Santo, no período de abril de 2010 a setembro de 2011. Esse estudo analisou 360 puérperas e seus respectivos cartões da gestante sobre a assistência pré-natal no SUS do município.

As puérperas foram selecionadas nos três principais estabelecimentos de saúde que atendem a totalidade de partos pelo SUS no município. São eles: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes e Associação Beneficente Pró-matre de Vitória. Foram incluídas apenas as puérperas residentes no município e excluídas as que haviam tido acompanhamento pré-natal, todo ou em parte, no sistema privado. Também foram excluídas as puérperas com menos de 12 horas de parto cesáreo e as que, no momento da entrevista, estavam em grave estado de saúde que as impossibilitava permanente ou provisoriamente de se pronunciarem sobre sua história pregressa.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito utilizando a fórmula de tamanho amostral para estimar uma proporção. Foram considerados o número estimado da população de nascidos vivos em 2007 no município de Vitória (4.404 nascimentos), extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, pois reflete aproximadamente a quantidade de parturientes por ano que residem no município, e os indicadores de percentual de nascidos vivos cobertos por 7 ou mais consultas de pré-natal, 74,4%, como uma aproximação da utilização de serviços de saúde na gestação. Além de uma precisão desejada de 5%, efeito do desenho igual a 1 e nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 275 sujeitos. O total foi aumentado em 30% para considerar as possíveis perdas, resultando em 360 parturientes a serem avaliadas. Para fins deste estudo, o tamanho da amostra

foi calculado utilizando o programa Bioestat 5.0 e o método de McNemar com a proporção esperada de todos os pares concordantes de 40% e com proporção de pares não concordantes, considerando uma das fontes, de 30%. O tamanho mínimo, para alfa (α) de 5% e beta (β) de 85%, foi de 176 indivíduos.

Os dados foram coletados por uma equipe de sete entrevistadoras, previamente treinadas, que visitou no mínimo uma vez por semana todas as três maternidades incluídas no estudo. As puérperas foram selecionadas por meio de amostragem sistemática. Foi aplicada uma entrevista estruturada com questões fechadas. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo em 4 de novembro de 2009, sob protocolo nº 93/2009. O cartão da gestante foi solicitado e copiado na íntegra. Foram extraídas informações contidas no prontuário médico do estabelecimento de saúde. As variáveis de estudo foram construídas a partir das informações contidas nos cartões e nos formulários.

Na segunda etapa da pesquisa foram coletados os dados referentes às informações da assistência pré-natal registrados nos prontuários da atenção básica das respectivas mulheres abordadas por ocasião do parto, no período de janeiro a junho de 2012. Foi feita revisão dos prontuários nas 28 unidades básicas de saúde (UBS) do município. Os prontuários das 360 mulheres que participaram da primeira etapa foram identificados nas Unidades de Saúde do Município de Vitória.

A coleta foi realizada pelo pesquisador que, em um primeiro momento, visitou as UBS do município para um primeiro contato com o gestor da unidade de saúde. Em seguida, deu-se o agendamento de data, segundo disponibilidade da unidade, para extração das informações dos prontuários por meio de um instrumento de coleta de dados específico.

Os dados provenientes dos formulários e dos prontuários da atenção básica foram revisados e digitados no software SPSS versão 16.0. A análise estatística descritiva foi realizada pelos cálculos da frequência absoluta e da frequência relativa. A análise estatística inferencial foi realizada por meio da aplicação dos testes de Kappa, Kappa ajustado pela concordância e McNemar no programa PEPI versão 4.0 (Computer Programs for Epidemiologists) para avaliar as concordâncias e tendências das discordâncias entre as variáveis dependentes e independentes. Todas as análises consideraram o nível de significância estatística estabelecido de 5% e os níveis de concordância segundo as classificações de Landis e Koch¹⁰: quase perfeita (0,80–1,00), substancial (0,60–0,79), moderada (0,41–0,59), razoável (0,21–0,40), ruim (<0,20).

Resultados

A partir da amostra inicial de 360 mulheres residentes no município de Vitória, cerca de 26% das mulheres não foram localizadas no sistema Rede Bem Estar e 12 estavam inseridas em unidades de saúde não acessíveis. Isso resultou no total de 252 mulheres que tiveram o número de seus prontuários identificados. A ausência dos prontuários nas respectivas unidades de saúde foi de cerca de 30%. Ao final, 182 prontuários foram localizados e em 29 desses não havia qualquer registro da assistência em saúde durante a gestação.

A partir dos 182 prontuários localizados foram verificados os dados faltantes das variáveis de interesse. Segundo as fontes de informação, as variáveis que apresentaram percentual de ausência foram: anemia gestacional (cartão=27,5%; prontuário=19,8%), diabetes gestacional suspeito (cartão=25,8%; prontuário=20,9%), diabetes gestacional confirmado (cartão=25,8%; prontuário=20,9%) e infecção urinária (cartão=25,3%; prontuário=31,9%), justificado pelo fato do dado ter sido considerado ausente quando não houve o registro do resultado do exame laboratorial no prontuário da atenção básica. Para as demais variáveis não houve perda de dados, porque na ausência do registro foi considerada como não realizada.

Os resultados dos testes de concordância entre cartões das gestantes e dos prontuários para as variáveis avaliadas são apresentadas na Tabela 1. Além disso, são demonstrados os valores absolutos e relativos das discordâncias do cartão em relação ao prontuário e do prontuário em relação ao cartão para evidenciar sua tendência de discordância. Também são demonstrados os valores absolutos e relativos das concordâncias do cartão em relação ao prontuário e do prontuário em relação ao cartão e os valores para os testes de Kappa e de Kappa ajustado pela prevalência.

Comparando a quantidade de consultas pré-natal registradas nos prontuários e coletadas nos cartões de gestantes, nota-se uma tendência de maior registro do número de consultas nos cartões das gestantes (McNemar=22,3; valor $p < 0,01$) e observa-se uma concordância moderada entre essas fontes de informação (Kappa ajustado=0,5; valor $p < 0,01$). Quanto ao início do acompanhamento pré-natal, observa-se que não há tendência de discordância entre as fontes de informação com um nível de concordância substancial (Kappa ajustado=0,77; valor $p = 0,4$).

Quanto aos resultados dos principais procedimentos diagnósticos realizados durante o acompanhamento pré-natal, nota-se que para o diagnóstico da hipertensão gestacional, do diabetes pré-gestacional e do diabetes gestacional confirmado não há concordância entre os dados, pois os testes Kappa não apresentaram valores significantes ao nível inferior a 5%. Para as demais variáveis, hipertensão pré-gestacional, anemia gestacional e diabetes gestacional (suspeito), observa-se concordância quase perfeita, exceto

Tabela 1. Discordância (teste de McNemar) e concordância (teste de Kappa) entre as informações registradas nos cartões das gestantes e nos prontuários quanto às informações referentes ao acompanhamento pré-natal

Variáveis comparadas	Discordantes			Concordantes				
	Informação somente no cartão (%)	Informação somente no prontuário (%)	McNemar	Informação somente no cartão (%)	Informação somente no prontuário (%)	Kappa	IC95%	Kappa ajustado
Acesso ao pré-natal								
Quantidade de consultas	24,2	7,1	22,3*	75,8	92,9	0,45	0,34–0,56	0,54*
Mês gestacional da primeira consulta ^a	8,8	6,6	2,5	91,2	93,4	0,67	0,54–0,59	0,77
Doenças								
Hipertensão pré-gestacional	2,0	2,8	0,0	97,8	97,3	0,16	0,16–0,47	0,90*
Hipertensão gestacional	1,1	0,0	0,5	98,9	100,0	0,00	96–100	0,98
Anemia gestacional ^b	3,6	4,5	0,0	96,4	95,5	0,77	0,63–0,91	0,84*
Diabetes pré-gestacional	1,0	1,0	0,0	98,9	99,5	-0,01	0,02–0,01	0,97
Diabetes gestacional (suspeito) ^c	1,8	2,7	0,0	98,2	97,3	0,26	0,18–0,71	0,91*
Diabetes gestacional (confirmado) ^d	0,9	0,0	0,0	99,1	100,0	0,00	-0,001–0,00	0,98
Infecção urinária ^e	5,8	12,6	1,9	94,2	87,4	0,45	0,24–0,65	0,63*
Medicamentos								
Ácido fólico	3,3	48,9	70,8*	96,7	51,1	0,13	0,05–0,22	-0,04*
Sulfato ferroso	3,3	48,4	69,8*	96,7	51,7	0,14	0,05–0,23	-0,03*
Vacina antitetânica	18,1	17,6	0,0	81,9	82,4	0,28	0,15–0,42	0,29*
Exames laboratoriais								
Exame ABORh	29,1	6,0	26,3*	70,9	93,9	0,24	0,12–0,37	0,30*
Exame VDRL	17,6	8,8	4,7*	82,4	91,2	0,18	0,02–0,34	0,47*
Exame de urina (EAS)	18,1	9,3	4,5*	81,9	90,6	0,26	0,11–0,41	0,45*
Exame glicemia de jejum	18,7	8,8	5,5*	81,3	91,2	0,16	0,01–0,32	0,45*
Exame hemoglobina	19,8	7,1	9,8*	80,2	92,9	0,18*	0,03–0,33	0,46*
Exame hematócrito	17,6	7,7	6,3*	82,4	92,3	0,30	0,14–0,45	0,49*
Testagem HIV/AIDS	22,5	9,9	8,2*	77,5	90,1	0,24	0,10–0,38	0,35*
Repetição exame VDRL	19,2	16,5	0,3	80,8	83,5	0,29	0,15–0,43	0,29*
Repetição do EAS	17,0	15,4	0,1	82,9	84,6	0,35	0,21–0,49	0,35*
Repetição glicemia de jejum	19,8	15,4	0,8	80,2	84,6	0,30	0,16–0,43	0,30*
Exames clínicos								
Verificação dos batimentos cardíacos fetais	39,6	11,5	33,7*	60,4	88,5	0,10	0,00–0,20	0,23*
Exame de toque vaginal	9,9	38,5	35,3*	90,1	61,5	0,08	-0,02–0,18	0,27*
Pesagem nas consultas	32,9	2,2	52,7*	67,0	97,8	0,05	0,03–0,12	0,47
Medida da pressão arterial	30,2	1,1	53,1*	69,8	98,9	0,07	0,01–0,15	0,53*
Verificação dos movimentos fetais	51,7	8,2	67,5*	48,4	91,8	0,17	0,09–0,26	0,10*
Medida da altura uterina	34,6	9,9	27,7*	65,4	90,1	0,14	0,04–0,25	0,33*

a, b, c, d, e Para estas variáveis o número de casos foi de: ^a137; ^b112; ^c112; ^d103; ^e103. *Diferença estatisticamente significante (valor p<0,05).

para o diagnóstico da infecção urinária. Para todas as variáveis relacionadas a esses procedimentos não há tendência de discordância entre os dados registrados no cartão da gestante e no prontuário.

Em relação aos procedimentos terapêuticos, a suplementação com ácido fólico (Kappa ajustado=-0,04; valor p<0,001) e sulfato ferroso (Kappa ajustado=-0,03; valor p<0,001) apresentou concordância ruim com tendência de maior frequência de registro da informação no prontuário. No caso da vacinação antitetânica, houve concordância razoável (Kappa ajustado=0,29; valor p=1,0). No que se refere às informações sobre os exames laboratoriais

realizados durante acompanhamento pré-natal, nota-se que para os exames de ABO Rh, VDRL, EAS, glicemia de jejum, Hb, Ht e HIV/AIDS há tendência de discordância do cartão em relação ao prontuário. Além disso, para os exames de repetição observa-se concordância razoável.

Em relação aos procedimentos rotineiros realizados, todos os testes apresentaram tendência de discordância, com maior registro de informação nos cartões da gestante, exceto para a realização do exame de toque vaginal (McNemar=35,3; valor p<0,001). Nota-se concordância moderada para medida de pressão arterial; concordância razoável para verificação dos batimentos cardíacos fetais,

exame do toque vaginal e medida da altura uterina. Detectamos concordância ruim para a verificação dos batimentos cardíacos fetais. Não houve diferença significativa para a variável pesagem nas consultas.

Ao comparar as análises de Kappa e Kappa ajustado pela prevalência observou-se diferenças muito importantes. Isso ocorre prioritariamente quando o valor da discordância é pequeno e o nível de concordância é ruim. As únicas variáveis que apresentaram Kappa ajustado negativo foram anotados sobre uso de ácido fólico e sulfato ferroso em que a concordância foi muito ruim, enquanto que para as variáveis relacionadas à repetição de exames de VDRL, EAS e glicemia de jejum não há diferença entre os níveis de concordância ajustados.

Discussão

A iniciativa de avaliar a concordância entre as informações registradas nos cartões das gestantes e nos prontuários da atenção básica passa pela importância da existência do registro da assistência pré-natal. O registro permite que sejam feitas intervenções no sentido de reduzir a morbidade e a mortalidade materno-infantil e, por outro lado, quando os registros são inadequados e incompletos compromete-se o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal¹¹.

Neste estudo, as variáveis comparadas foram selecionadas de acordo com os critérios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, lançado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, que estabelece marcadores de desempenho e de qualidade da assistência pré-natal¹² e, partiu-se do pressuposto de que, se algum procedimento não foi registrado em nenhuma das fontes de informação, provavelmente não foi realizado, padrão adotado em estudos de auditoria médica¹³.

Os resultados permitiram demonstrar que o prontuário da atenção básica foi subutilizado como instrumento de intercomunicação entre os profissionais de saúde. Isso pode dever-se ao fato de haver maior preocupação em registrar as informações nos cartões⁹.

No cartão da gestante houve maior registro do número de consultas e não houve tendência de discordância em relação ao registro do mês gestacional da primeira consulta. Não foram observados registros da data da primeira consulta em cerca de 25% dos prontuários, embora houvesse o registro da idade gestacional no momento da consulta. O registro da primeira consulta de pré-natal é de grande importância porque é o momento de registro de dados referentes à escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais e obstétricos. Essas informações permitirão ao pré-natalista identificar o contexto no qual a mulher está inserida, auxiliando no processo de autocuidado, com intervenções direcionadas para mudanças de comportamentos específicos¹⁴.

Além disso, a época do início do acompanhamento pré-natal e o número de consultas realizadas são importantes marcadores de qualidade da assistência¹⁵.

A respeito das principais doenças pré-gestacionais, considerou-se que essas informações foram fornecidas pela mulher e anotadas durante a consulta pelo pré-natalista. O registro da informação foi ruim, dessa forma, concluiu-se que a maioria das gestantes não era hipertensa ou diabética antes de iniciar o pré-natal e nem desenvolveu essas doenças durante o pré-natal, assim como encontrado em estudo semelhante⁸.

No presente estudo, os diagnósticos de anemia gestacional e do caso suspeito de diabetes gestacional não foram registrados em cerca de 40% dos prontuários. Em quase metade dos prontuários não houve o registro dos resultados dos exames de cultura de urina. Esse grande percentual reflete a negligência quanto ao registro e torna-se preocupante ao considerar a relação da infecção urinária com o risco obstétrico no processo de assistência pré-natal¹⁶.

Quanto à suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, em apenas 3% dos cartões havia o registro da prescrição, diferentemente de outro estudo¹⁷, que apontou um percentual de anotação de 30% da prescrição de ferro e polivitamínicos. Pelo fato da suplementação vitamínica ser rotineira durante o acompanhamento pré-natal, os profissionais podem ignorar a necessidade do seu registro, concordando com outras constatações⁹ que evidenciaram que o informe verbal quanto à prevenção de anemia durante a gestação foi significativamente superior aos registros nos cartões (54,6%). O baixo registro nos cartões também seria explicado pelo fato de que, devido à multiplicidade de cartões da gestante, em alguns modelos não há campo específico para o registro dessa informação, visto que alguns municípios criam seus próprios modelos. Isso não ocorreu no presente estudo, pois para todas as mulheres foi empregado o mesmo modelo de cartão. Por outro lado, devido à dispensação dos medicamentos, faz-se necessário o registro da prescrição dos mesmos nos prontuários da atenção básica.

A vacina antitetânica está disponível na maioria dos serviços públicos de saúde, porém, o tétano e suas possíveis complicações não são de conhecimento da maioria das gestantes, independentemente do serviço em que o controle de pré-natal é realizado. Isso colabora para alta taxa de oportunidades perdidas de imunização antitetânica na gestação¹⁸. Ao comparar a informação sobre a vacinação antitetânica entre as fontes de registro, a concordância apresentou nível regular, embora a idade gestacional de imunização não tenha sido discriminada.

Neste estudo a cobertura de vacinação antitetânica foi de cerca de 50%, tanto no prontuário como no cartão da gestante. Esse percentual é semelhante ao encontrado em Juiz de Fora, Minas Gerais¹⁹, onde a vacinação antitetânica foi registrada em 42,3% dos cartões das gestantes. Concorda também

com o estudo realizado no Rio de Janeiro²⁰, onde, a partir dos registros dos cartões das gestantes, 54,0% das mulheres puderam ser consideradas imunizadas contra o tétano.

A realização de exames laboratoriais é de grande importância tanto para prevenir as doenças durante a gestação quanto para estabelecer intervenções no sentido de reduzir os riscos para a mãe e para o conceito. Nota-se que a preocupação primordial está relacionada ao registro dos resultados e não ao período gestacional de solicitação ou realização dos exames. A orientação do Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) é pela solicitação de todos os exames já na primeira consulta, com realização durante o primeiro trimestre de gestação, e repetição de VDRL, EAS e glicemia de jejum por volta da 28ª semana¹².

A realização dos exames no pré-natal está vinculada a um fluxo interno dos serviços de saúde, estabelecido pela unidade de saúde, que tem sua origem durante a consulta com o pré-natalista, responsável pela solicitação dos exames. Após a solicitação, é necessário que a gestante procure o laboratório para agendamento e, após a realização do exame e a liberação do resultado, retorne à consulta para avaliação seguida de anotação dos resultados dos exames no prontuário e no cartão da gestante. Falhas nesse fluxo interno podem contribuir para a não realização dos exames no período preconizado e, conseqüentemente, comprometer as oportunidades de intervenção.

Observou-se que não há tendência de discordância entre prontuário e cartão para os exames laboratoriais de repetição. Entretanto, para os demais há tendência de registro mais frequente nos cartões das gestantes, reafirmando que o foco da atenção pode estar em minimizar consequentes resultados perinatais adversos. Nesse sentido, tais dados são mais preenchidos nos cartões a fim de evitar que o acompanhamento pré-natal da atenção básica seja rotulado como falho na atenção hospitalar²¹.

Em relação aos principais exames clínicos realizados nas consultas de pré-natal, foram encontradas concordâncias muito ruins. Contudo, após aplicação do método estatístico do ajuste de Kappa pela prevalência, verificou-se o aumento em algumas vezes dos níveis de concordância, exceto para a variável verificação dos movimentos fetais. Isso mostra a importância da utilização do método estatístico do ajuste para equilibrar possíveis distorções dos resultados.

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos, priorizou-se a verificação dos batimentos cardíacos fetais, peso materno, medida de pressão arterial e de altura uterina. Todos eles apresentaram registro elevado nos cartões, semelhante ao encontrado em outros estudos^{19,22}. A alta frequência de registro desses procedimentos reflete que essas práticas foram incorporadas como rotineiras nas consultas. No entanto, isso não garante que tenham sido diagnosticadas doenças precocemente, a fim de intervir para prevenir complicações futuras.

O registro do exame de toque vaginal nos prontuários foi de 69%, enquanto que nos cartões foi cerca de 30%. Esses valores são discordantes do encontrado em estudo realizado no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, em que em 66% dos prontuários analisados não constava informação sobre o exame tocoginecológico⁹.

O baixo nível de concordância encontrado entre as fontes de informação pode ser explicado pelo fato de haver uma valorização dos exames de imagem, como a ultrassonografia, por parte do pré-natalista em detrimento à realização de exames físicos que fazem parte da rotina pré-natal, evitando, assim, maior proximidade física com a gestante²³, somado a uma falta de conhecimento da gestante que, por sua vez, refere uma não valorização da realização do toque vaginal²³, ou até mesmo porque nos cartões de gestante não há campo específico para o registro desse procedimento durante as consultas.

Estudos anteriores que se propuseram a avaliar o perfil da assistência à gestante no Brasil e os indicadores de processo estabelecidos pelo PHPN valeram-se de diferentes fontes de informação²⁴⁻²⁶. O ineditismo deste estudo encontra-se na avaliação da concordância entre prontuário da atenção básica e cartão da gestante, uma vez que se considera que esses dois instrumentos estejam menos sujeitos a falhas de registro^{6,27}.

Houve perda de cerca de 50% dos prontuários da atenção básica. Essa perda deveu-se à inexistência dos prontuários e à dificuldade de localização dos mesmos nos arquivos das unidades de saúde. Essa falha quanto à organização compromete o registro das informações referentes ao processo de assistência à saúde do usuário, bem como a continuidade do cuidado, prejudicando, dessa forma, a utilização do prontuário como elemento de prova e informação capaz de direcionar as ações dos profissionais de saúde e de subsidiar pesquisas em várias áreas do conhecimento²⁸.

O estudo evidencia a precariedade dos registros dos prontuários da atenção básica, que pode ser explicada por uma resistência do profissional de saúde em registrar a mesma informação em dois instrumentos diferentes, além de encontrar dificuldades em incorporar mais essa rotina durante o atendimento pré-natal. Essas dificuldades serão ainda maiores a partir da implantação da política brasileira para melhoria da qualidade da assistência pré-natal, Rede Cegonha, visto que são preconizados todos os procedimentos previstos no PHPN somados a outros procedimentos de maior complexidade de acordo com o risco gestacional²⁹.

Por outro lado, o uso de dados secundários pode comprometer os resultados encontrados devido à limitação em estimar a frequência de sub-registro³⁰. Com a implantação do sistema de prontuário eletrônico na rede de saúde, espera-se um registro sistematizado das informações sobre o estado de saúde da usuária, permitindo fornecer subsídios para estudos epidemiológicos e pesquisa clínica.

Referências

1. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(8):578-83.
2. Mavimbe JC, Braa J, Bjune G. Assessing immunization data quality from routine reports in Mozambique. *BMC Public Health.* 2005;5:108.
3. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* 2008;17(2):107-19.
4. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(Suppl 1):s23-s32.
5. Perim EB, Passos ADC. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(3):272-81.
6. Oba MDV, Tavares MSG. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1998;6(1):53-61.
7. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(5):854-64.
8. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. 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? *Cad Saúde Pública.* 2012;28(9):1650-62.
9. Barreto FD, Albuquerque RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(6):259-67.
10. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74.
11. Peoples-Sheps MD, Kalsbeek WD, Siegel E, Dewees C, Rogers M, Schwartz R. Prenatal records: a national survey of content. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164(2):514-21.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui no âmbito do SUS o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Diário Oficial da União; 2000. Seção 1:4.
13. Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(4):329-36.
14. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9:34.
15. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008;16(6):986-92.
16. 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 em saúde? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(3):107-10.
17. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(11):563-9.
18. Mattos LMBB, Caiaffa WT, Bastos RR, Tonelli E. Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;14(5):350-4.
19. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(10):717-24.
20. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):425-37.
21. Jordan RG, Murphy PA. Risk assessment and risk distortion: finding the balance. *J Midwifery Womens Health.* 2009;54(3):191-200.
22. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em corte de primigestas. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(Suppl 2):S220-S230.
23. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Velleca e Lima LC, 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.
24. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):2157-66.
25. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(Suppl 1):S20-S33.
26. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(7):517-25.
27. Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JA, Dumith SC. Concordância entre informações do cartão da gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(5):1019-28.
28. 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 Saúde Pública.* 2003;37(4):456-62.
29. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(2):56-64.
30. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(1):131-9.