

Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde: estudo seccional, de âmbito nacional

Assessment of the completeness of filling the pregnant woman's card from the Ministry of Health: a national, cross-sectional study

Lívia de Rezende de Mello (<https://orcid.org/0000-0001-6841-3678>)¹
Daniele Marano (<https://orcid.org/0000-0001-6985-941X>)¹
Maria Elisabeth Lopes Moreira (<https://orcid.org/0000-0002-2034-0294>)¹
Rosa Maria Soares Madeira Domingues (<https://orcid.org/0000-0001-5722-8127>)²
Ana Carolina Carioca da Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9456-3319>)¹
Marcos Augusto Bastos Dias (<https://orcid.org/0000-0003-1386-7001>)¹

Abstract *This article aims to evaluate the completeness of the pregnant woman's card filling according to a model standardized by the Ministry of Health. Hospital based, nationwide, cross-sectional study conducted between 2011 and 2012, evaluated data from pregnant women's cards. Variables related to personal, obstetric history and current pregnancy data were used to assess completeness. We used the Kotelchuck index for quantitative evaluation. We analysed 6,577 cards, equivalent to 39% of the cards presented at the time of delivery. The mean completeness was overall "bad" in Brazil and macro-regions, except in the Southern region. Nationwide, the mean completion was "regular" for personal antecedents, "good" for obstetric history, and "bad" for fields related to the current pregnancy. Prenatal care was adequate for 58% of pregnant women. We observed a reduced use of the card recommended by the Ministry of Health and failures in the completeness of filling valuable information of the pregnant woman's card, related to the current pregnancy.*

Key words *Maternal and child health, Prenatal care, Evaluation of processes and results in health care, Quality of health care, Pregnant women*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar a completitude de preenchimento do cartão da gestante segundo modelo padronizado pelo Ministério da Saúde. Estudo seccional de âmbito nacional, base hospitalar, realizado entre 2011 e 2012, que avaliou dados de cartões da gestante. Para avaliação da completitude sob aspecto qualitativo foram utilizadas variáveis relativas a antecedentes pessoais, obstétricos e dados da gestação atual. Para avaliação sob aspecto quantitativo foi utilizado o índice de Kotelchuck. Analisados 6.577 cartões, correspondendo a 39% dos cartões apresentados no momento do parto. A média de completitude foi "ruim" no Brasil e macrorregiões, exceto na região Sul. No Brasil, a média de preenchimento foi "regular" para os antecedentes pessoais, "bom" nos antecedentes obstétricos, e "ruim" nos campos referentes à gestação atual. A assistência pré-natal foi adequada à 58% das gestantes. Foi observada reduzida utilização do modelo de cartão preconizado pelo Ministério da Saúde e falhas no preenchimento do cartão da gestante de informações importantes, relacionadas principalmente à gestação atual.*

Palavras-chave *Saúde materno-infantil, Cuidado pré-natal, Avaliação de processos e resultados em cuidados de saúde, Qualidade da assistência à saúde, Gestantes*

¹ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ Brasil. liviabrezende@gmail.com

² Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

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 cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação da informação em saúde são fundamentais, especialmente em um país de grande dimensão territorial como o Brasil¹.

Para produção de informação em saúde, no que diz respeito à assistência pré-natal, podem ser utilizados diferentes critérios que abordem aspecto quantitativo (número de consultas realizadas) ou qualitativo (conteúdo da assistência). Ademais, diversas fontes podem ser utilizadas (entrevistas com as mulheres, acompanhantes, familiares, dados registrados em prontuário, cartão da gestante)².

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, além de servir como importante fonte de dados para estudos epidemiológicos³.

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 instrumento³⁻⁵. O MS recomenda o uso de um mesmo modelo padronizado em todo o país, o que permite a comparação da assistência realizada em diversos contextos, a interpretação dos resultados e o planejamento de ações que atendam às necessidades de cada localidade^{6,7}.

Estudos anteriores observaram que o fornecimento do cartão é uma prática implantada adequadamente no país ainda que se observe a menor apresentação do cartão dentre as mulheres assistidas no setor privado⁸⁻¹⁰, onde esse instrumento não é valorizado como ferramenta de continuidade do cuidado, dado que a assistência ao pré-natal e ao parto é realizada em sua maioria pelo mesmo profissional.

No que tange os diferentes parâmetros de avaliação, quantitativo e qualitativo, o índice de Kotelchuck¹¹ propõe a avaliação de utilização da assistência pré-natal pelo aspecto quantitativo. No entanto, estudos nacionais demonstraram necessidade de avaliação também pelo aspecto qualitativo, utilizando critérios que permitam avaliar o conteúdo da assistência oferecida, haja vista que mesmo com aumento do acesso à assistência pré-natal persistem desfechos perinatais negativos¹²⁻¹⁵.

Verificou-se disparidade dos resultados da avaliação da assistência pré-natal quando comparados diferentes critérios. Cristofaro¹⁵ observou 89,5% de adequação do pré-natal de acordo com o índice de Kotelchuck. Entretanto, quando avaliou parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), obteve 22%. Nesse mesmo estudo, a completude de preenchimento do cartão da gestante foi avaliada como “ruim” com base no escore de Romero e Cunha¹⁶. A disparidade nos resultados pode ser explicada pelo fato do índice de Kotelchuck privilegiar aspectos quantitativos, enquanto a avaliação qualitativa inclui os aspectos do conteúdo da assistência.

Portanto, se o cartão da gestante for adequadamente preenchido fornecerá dados para avaliação da assistência pré-natal por indicadores que permitam subsidiar processos de vigilância e atenção à saúde, fundamentais à organização e planejamento do serviço^{17,18}.

A avaliação da completude de preenchimento do cartão da gestante é primordial para conhecimento de sua potencialidade como fonte de informação em saúde, já que dados incompletos não representam adequadamente a realidade estudada e inviabilizam avaliação de outras dimensões de qualidade^{6,15,16}.

Revisão sistemática evidenciou que 80% dos estudos que avaliaram a completude dos dados em Sistemas de Informação em Saúde no Brasil adotaram o escore de Romero e Cunha¹⁶. Entretanto, estudos que avaliaram a completude do cartão da gestante são escassos e díspares no que tange aos métodos de avaliação empregados, além de serem de âmbito local^{14,15,18-22}.

O presente estudo tem como objetivo avaliar, em âmbito nacional, a completude de preenchimento do modelo de cartão da gestante padronizado pelo Ministério da Saúde para o país e macrorregiões utilizando critérios qualitativos e quantitativos.

Métodos

Foram adotados os critérios da Iniciativa STROBE²³ (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), que consiste em um *checklist* de 22 itens relacionados a informações que devem estar presentes no título, resumo, introdução, métodos e resultados, englobando as recomendações para melhorar a qualidade da descrição de estudos observacionais²⁴.

Este estudo utilizou dados do estudo “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”. Trata-se de estudo seccional, de âmbito nacional e base hospitalar, realizado com puerperas e seus recém-nascidos entre fevereiro/2011 e outubro/2012.

A pesquisa foi realizada em 266 estabelecimentos de saúde, com mais de 500 partos/ano, localizados nas cinco macrorregiões brasileiras. Todas as mulheres admitidas para assistência ao parto de um nascido vivo, com qualquer peso ou idade gestacional, ou um nascido morto com mais de 500 gramas ou 22 semanas gestacionais, foram consideradas elegíveis para o estudo. O desenho da amostra foi probabilístico, em três estágios: estabelecimentos de saúde, dias de coleta de dados e puerperas. O detalhamento do desenho amostral e instrumentos utilizados estão descritos em Vasconcellos *et al.*²⁵ e Leal *et al.*²⁶.

Para a presente análise, foram consideradas elegíveis as puerperas atendidas na rede pública de saúde que apresentaram cartão da gestante padronizado pelo MS, seja o modelo vigente à época do estudo ou um dos dois modelos anteriores à pesquisa. Tais modelos contemplam campos de identificação, dados socioeconômicos, antecedentes (familiares, pessoais e obstétricos), dados da gestação atual (situação vacinal, exames clínicos e laboratoriais, ultrassonografia (USG)), registro de cada consulta, gráficos a serem preenchidos ao longo do acompanhamento pré-natal (curva altura uterina/idade gestacional e de acompanhamento nutricional), além de informações sobre o parto e o recém-nascido.

Na pesquisa “Nascer no Brasil”, os cartões de gestantes apresentados pelas mulheres na admissão para o parto foram fotografados, na íntegra, com posterior extração de alguns dados. Dados de identificação pessoal foram codificados, de modo a manter a confidencialidade das participantes. Considerando as informações extraídas e variáveis descritas no PHPN²⁷ e Manual Técnico de Assistência Pré-natal⁵, foram utilizadas as seguintes variáveis para avaliação da completude sob aspecto qualitativo: (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 baixo peso ao nascer (BPN); (3) dados da gestação atual, subdivididos em i) procedimentos realizados na consulta: 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, e ii) resultados de exames: primeira rotina de exames composta por dosagem da glicemia, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e exame de urina (EAS); (4) USG antes de 20 semanas e resultados da segunda rotina de exames composta por dosagem da glicemia, segunda sorologia para sífilis e segunda sorologia para HIV. Para as variáveis “aborto”, “parto vaginal”, “cesariana”, “filho nascido vivo”, “natimorto” e “BPN prévio” foram excluídas 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”, “segunda sorologia para sífilis” e “segunda sorologia para HIV” foram excluídas mulheres que tiveram parto antes de 34 semanas, uma vez que era presumível não haver tempo hábil para registro do resultado de exame solicitado 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 realizada antes da 14ª semana.

Os registros foram considerados como variáveis dicotômicas: preenchido ou não preenchido. Foi adotado o escore de Romero e Cunha¹⁶ para avaliar completude de informações dos cartões das gestantes para o país e macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Esse escore utiliza a proporção de informação ignorada resultando em diferentes classificações: “excelente” (incompletude <5%), “bom” (incompletude de 5% a 10%), “regular” (incompletude de 10% a 20%), “ruim” (incompletude de 20% a 50%) e “muito ruim” (incompletude >50%).

Para avaliação na perspectiva quantitativa, foi utilizado o índice de Kotelchuck¹¹ que se baseia em duas dimensões: idade gestacional no início do pré-natal e percentual de adequação do número de consultas corrigidos para idade gestacional no parto. A idade gestacional foi calculada por algoritmo desenvolvido por Pereira *et al.*²⁸.

A adequação do número de consultas considerou recomendação do PHPN, norma vigente no período da coleta de dados, de no mínimo seis

consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro. Para gestações prematuras, o número esperado de consultas foi ajustado para a idade gestacional no parto.

O pré-natal iniciado após a 16ª semana e/ou com percentual de adequação do número de consultas menor que 50%, foi classificado como “pré-natal inadequado”. Quando o pré-natal foi iniciado até a 16ª semana, a classificação variou de acordo com o percentual de adequação do número de consultas: parcialmente adequado (50-79%), adequado (80-109%) e mais que adequado (110% ou mais).

Na análise descritiva foram apresentadas as frequências absolutas, relativas e os respectivos intervalos de 95% de confiança para os percentuais de incompletitude das informações extraídas dos cartões das gestantes. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar se houve discrepância na incompletitude de preenchimento do cartão da gestante segundo macrorregião. O nível de significância estatística adotado foi 5%. Todas as análises foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 22, utilizando procedimentos para amostras complexas que englobam peso amostral das puérperas e efeito do desenho.

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). Todos os cuidados foram adotados visando a garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Antes da realização de cada entrevista, foi obtido consentimento digital após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo obteve do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/IFF) carta de dispensa de avaliação (Número 2099/VDP/2018) por estar contemplado no estudo principal.

Resultados

Do total de puérperas incluídas no estudo “Nascer no Brasil” (23.894), foram excluídas mulheres que não realizaram o acompanhamento pré-natal (1,2%), que não apresentaram cartão da gestante (27,3%), que não apresentaram cartão com modelo padronizado pelo MS (41,8%) e mulheres que apresentaram cartão da gestante com modelo padronizado pelo MS, mas não realizaram o acompanhamento pré-natal na rede pública (2,12%). Assim, foram analisadas 6.577

puérperas, representando 27,5% da amostra total.

As Tabelas 1, 2 e 3 contêm os percentuais de incompletitude 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 sobre antecedentes pessoais “diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e cirurgia pélvica/uterina” foi avaliado como “regular” no Brasil e nas regiões, com exceção da região Norte (“bom”). O bloco sobre antecedentes obstétricos obteve avaliação “excelente” no Brasil variando de 0% até 4,7% de incompletitude nos campos “gesta”, “aborto”, “parto vaginal” e “cesariana” (Tabela 1).

No bloco referente à gestação atual (procedimentos realizados durante consulta individual) o preenchimento de “peso anterior” e “estatura” foi avaliado como “ruim” no país e macrorregiões. O campo “data da primeira consulta” teve preenchimento “excelente” no Brasil, enquanto “peso na primeira consulta” apresentou escore “muito ruim” (Tabela 2).

Em relação aos exames, o registro de “USG até 20 semanas” obteve incompletitude “regular” no Brasil, e pior desempenho nas regiões Norte e Centro-Oeste (“ruim”). A primeira rotina de exames laboratoriais obteve preenchimento “regular” nos campos “EAS”, “glicemia” e “sorologia para sífilis”, enquanto sorologia para HIV apresentou preenchimento “ruim”. Na segunda rotina laboratorial, todos os exames apresentaram preenchimento “muito ruim”, alcançando 80,0% de incompletitude no campo “segunda sorologia para HIV” (Tabela 3).

A análise por blocos dos registros do cartão da gestante no Brasil revelou média de preenchimento “regular” (13,4%) para os antecedentes pessoais, “bom” para antecedentes obstétricos (7,0%), e “ruim” para os registros da gestação atual/procedimentos realizados na consulta (21,6%) e para os campos do cartão referentes à gestação atual/resultados de exames (37,6%). Considerando todos os campos avaliados (25 variáveis), 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 “regular”.

A análise quantitativa evidenciou que 58% da assistência pré-natal no Brasil esteve “adequada” ou “mais que adequada” com significativa diferença nas regiões Norte e Nordeste, que apresentaram pior resultado. (Tabela 4).

Tabela 1. Avaliação da incompletude de preenchimento dos antecedentes pessoais e obstétricos no cartão da gestante, segundo macrorregião, 2011-2012.

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p
Antecedente pessoal							
Diabetes mellitus	6.577 [887] 13,5 (11,4-6,0%)	978 [78] 8,0 (6,4-10,1%)	2.482 [305] 12,3 (9,5-15,8%)	2.557 [419] 16,4 (12,1-21,8%)	260 [36] 14,0 (5,7-30,4%)	300 [50] 16,4 (11,5-22,8%)	0,069
Hipertensão arterial	6.577 [880] 13,4 (11,3-15,8%)	978 [80] 8,1 (6,5-10,1%)	2.482 [305] 12,3 (9,5-15,8%)	2.557 [410] 16,0 (11,7-21,4%)	260 [35] 13,5 (5,6-29,0%)	300 [50] 16,8 (12,6-22,0%)	0,083
Cirurgia pélvica	6.577 [886] 13,5 (11,3- 15,9%)	978 [83] 8,5 (6,8-10,5%)	2.482 [300] 12,1 (9,5-15,3%)	2.557 [411] 16,1 (11,7-21,8%)	260 [38] 15 (6,3-30,4%)	300 [52] 17,5 (13,7-22,1%)	0,078
Antecedente obstétrico							
Gesta	6.577 [115] 1,7 (1,4-2,2%)	978 [2] 0,2 (0,1-0,7%)	2.482 [44] 1,8 (1,2-2,6%)	2.557 [53] 2,1 (1,4-3,0%)	260 [1] 0,6 (0,1-3,6%)	300 [14] 4,7 (3,3-6,8%)	0,000
Aborto	3.849 [25] 0,7 (0,3-1,6%)	636 [0] 0% (-) (0,3-1,6%)	1.384 [4] 0,3 (0,1-0,8%)	1.512 [16] 1,1 (0,3-3,8%)	149 [0] 0% (-) (0,6-9,8%)	165 [4] 2,4 (0,6-9,8%)	0,363
Parto vaginal	3.849 [48] 1,2 (0,8-1,9%)	636 [0] 0% (-) (0,8-1,9%)	1.387 [21] 1,5 (0,7-3,4%)	1.512 [22] 1,5 (1,0-2,3%)	149 [2] 1,2 (0,3-5,6%)	165 [2] 1,3 (0,4-4,6%)	0,274
Cesariana	3.849 [66] 1,7 (1,1-2,6%)	636 [1] 0,2 (0,0-1,2%)	1.387 [23] 1,7 (0,8-3,6%)	1.512 [31] 2,1 (1,1-3,9%)	149 [2] 1,4 (0,5-3,5%)	165 [7] 4,4 (1,5-12,5%)	0,069
Filho nascido vivo	3.849 [272] 7,0 (5,9-8,4%)	636 [25] 3,9 (2,3-6,4%)	1.387 [100] 7,2 (5,1-10,2%)	1.512 [122] 8,1 (6,4-10,2%)	149 [12] 8 (4,3-14,2%)	165 [12] 7,4 (4,1-13,0%)	0,139
Natimorto	3.849 [382] 9,9 (8,2-11,9%)	636 [38] 6,0 (4,4-8,2%)	1.387 [120] 8,7 (6,2-12,1%)	1.512 [160] 11 (8,3-13,6%)	149 [14] 9,4 (5,6-15,3%)	165 [48] 28,8 (13,1-51,9%)	0,002
Baixo peso ao nascer	3.849 [1.030] 26,8 (23,6-30,1%)	636 [150] 23,5 (20,7-26,5%)	1.387 [461] 33,2 (27,7-39,2%)	1.512 [345] 22,8 (18,2-28,1%)	149 [30] 19,9 (11,1-33,1%)	165 [45] 27,5 (17,9-39,7%)	0,007

p - p-valor do teste de qui-quadrado. Valores apresentados como: Total de cartões [número de cartões incompletos], Percentual de cartões incompletos (IC95% para o percentual de cartões incompletos).

Fonte: Autores.

Discussão

Neste estudo de abrangência nacional, verificou-se baixa utilização do modelo de cartão de pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde e preenchimento “ruim” dos campos analisados.

O fornecimento e o uso do cartão da gestante como instrumento de registro são recomendados pelo MS desde o Manual de Assistência Pré-Natal divulgado em 1988 e ainda hoje os últimos manuais publicados pelo MS reforçaram a importância deste instrumento³⁻⁵. O MS reitera a valorização de seu uso através do PHPN por agregar no cartão as informações que contemplam o elenco mínimo de procedimentos da assistência

pré-natal²⁷. Em contraponto, a saúde suplementar tratou apenas em 2014 da obrigatoriedade do fornecimento e do uso do cartão da gestante, por meio da Nota Técnica nº 703²⁹. Todavia, não foi colocada nesse documento a importância de utilização do cartão em modelo padronizado pelo MS. A baixa utilização desse modelo de cartão nos serviços privados impediu a inclusão desses serviços na presente análise.

A completude de preenchimento apresentou variação conforme o tipo de informação registrada. O bloco com melhor preenchimento contém as informações sobre antecedentes obstétricos, que variou de “bom” a “regular”, embora com preenchimento “ruim” para campos especí-

Tabela 2. Avaliação da incompletude de preenchimento de dados da primeira consulta e dos procedimentos realizados, segundo macrorregião, 2011-2012.

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p
Procedimentos realizados na consulta							
Peso anterior	6.577 [2.009] 30,5 (27,7-33,5%)	978 [228] 23,4 (18,4-29,1%)	2.482 [835] 33,7 (29,0-38,7%)	2.557 [803] 31,4 (26,6-36,7%)	260 [63] 24,3 (15,9-35,3%)	300 [79] 26,2 (21,8-31,0%)	0,046
Estatura	6.577 [2.351] 35,8 (32,1-39,5%)	978 [234] 24,0 (16,3-34,0%)	2.482 [976] 39,3 (34,0-44,9%)	2.557 [971] 38,0 (31,5-44,9%)	260 [79] 30,7 (21,7-41,5%)	300 [89] 29,7 (22,7-37,7%)	0,024
DUM	6.577 [628] 9,6 (8,2-11,1%)	978 [35] 3,5 (2,4-5,1%)	2.482 [164] 6,6 (5,3-8,2%)	2.557 [360] 14 (11,2-17,5%)	260 [38] 14,4 (9,4-21,4%)	300 [34] 11,2 (7,5-16,4%)	0,000
DPP	6.577 [578] 8,8 (7,6-10,1%)	978 [29] 3,0 (2,1-4,4%)	2.482 [155] 6,3 (5,0-7,9%)	2.557 [293] 11,4 (9,2-14,2%)	260 [44] 17,1 (11,4-24,8%)	300 [57] 18,7 (14,6-23,7%)	0,000
Primeira consulta							
Data	6.577 [166] 2,5 (1,8-3,5%)	978 [5] 0,5 (0,3-1,0%)	2.482 [84] 3,4 (1,9 - 6,1%)	2.557 [46] 1,8 (1,2-2,7%)	260 [8] 3,1 (1,3-7,3%)	300 [22] 7,4 (4,3-12,3%)	0,000
Peso	6.577 [3.701] 56,3 (53,8-58,7%)	978 [544] 55,6 (49,4-61,6%)	2.482 [1.260] 50,8 (47,2-54,3%)	2.557 [1.607] 62,8 (58,6-66,8%)	260 [110] 42,1 (30,6-54,6%)	300 [183] 60,9 (54,1-67,3%)	0,000
Idade gestacional	6.577 [505] 7,7 (6,4-9,2%)	978 [41] 4,1 (2,2-7,5%)	2.482 [177] 7,2 (5,5-9,2%)	2.557 [195] 7,6 (5,3-10,7%)	260 [42] 15,9 (9,4-25,5%)	300 [52] 17,3 (10,9-26,3%)	0,000

DUM - data da última menstruação; DPP - data provável do parto; p - p-valor do teste de qui-quadrado. Valores apresentados como: Total de cartões [número de cartões incompletos], Percentual de cartões incompletos (IC95% para o percentual de cartões incompletos).

Fonte: Autores.

ficos 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-ES, dado que o preenchimento variou entre “ruim” e “muito ruim” na análise de 1.006 cartões de gestantes atendidas em unidades públicas ou conveniadas ao SUS¹⁹. 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 à uma mulher em sua primeira gestação. No estudo realizado em Vitória essa exclusão não foi descrita, podendo explicar o pior escore de preenchimento.

Destaca-se a relevância do preenchimento desses campos, dado que fatores como história das gestações anteriores, ocorrência de abortos, natimortos e prematuros frequentemente estão relacionados com nascimento de recém-nascidos

prematuros e de muito baixo peso³⁰. 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^{31,32}.

O bloco dos antecedentes pessoais, como “diabetes *mellitus*”, “hipertensão arterial” e “cirurgia pélvica”, essenciais para a classificação de risco gestacional^{3,5}, apresentou preenchimento “regular” no Brasil e na região Sudeste. De forma semelhante, dois estudos conduzidos em capitais brasileiras da região Sudeste descreveram completude “regular”, no entanto não discriminaram as variáveis avaliadas e forneceram o resultado agrupado, o que dificultou a comparação dos achados^{15,18}.

Realizando análise conjunta dos blocos supracitados, que devem ser preenchidos na primeira consulta pré-natal, a partir de uma adequada anamnese visando melhor avaliação do risco gestacional baseado nos antecedentes clínicos e obstétricos, o cenário observado no presen-

Tabela 3. Avaliação da incompletude de preenchimento dos resultados de exames no cartão da gestante, segundo macrorregião, 2011-2012.

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p
Resultados de exames							
Urina (EAS)	6.577 [1.091] 16,6 (14,5-18,9%)	978 [221] 22,6 (15,2-32,3%)	2.482 [434] 17,5 (14,9-20,4%)	2.557 [350] 13,7 (10,5-17,6%)	260 [19] 7,3 (4,3-12,3%)	300 [68] 22,6 (16,7-29,8%)	0,017
USG até 20ª semana	6.577 [1.068] 16,3 (13,8-19,1%)	978 [347] 35,5 (24,2-48,7%)	2.482 [419] 16,9 (14,0-20,2%)	2.557 [221] 8,6 (6,4-11,5%)	260 [26] 9,9 (6,5-14,8%)	300 [58] 19 (12,6-27,6%)	0,000
1ª Glicemia de jejum	6.577 [1.284] 19,5 (16,9-22,5%)	978 [220] 22,5 (16,2-30,4%)	2.482 [564] 22,7 (18,5-27,5%)	2.557 [408] 15,9 (11,6-21,4%)	260 [24] 9,3 (4,3-19,0%)	300 [70] 23,3 (17,3-30,5%)	0,045
1ª Sorologia sífilis	6.577 [945] 14,4 (12,6-16,4%)	978 [230] 23,5 (17,4-31,0%)	2.482 [417] 16,8 (13,8-20,3%)	2.557 [220] 8,6 (6,6-11,2%)	260 [12] 4,4 (2,3-8,3%)	300 [66] 21,8 (15,7-29,6%)	0,000
1ª Sorologia HIV	6.577 [1.695] 25,8 (22,8-28,9%)	978 [315] 32,2 (22,8-43,3%)	2.482 [855] 34,4 (29,5-39,7%)	2.557 [416] 16,2 (12,2-21,3%)	260 [35] 13,5 (9,6-18,6%)	300 [76] 25,1 (22,8-28,9%)	0,000
2ª Glicemia de jejum	6.405 [4.201] 65,6 (62,8-68,3%)	947 [652] 68,7 (63,8-73,3%)	2.407 [1.747] 72,6 (68,3-76,5%)	2.511 [1.468] 58,4 (53,3-63,4%)	254 [122] 47,6 (39,8-55,4%)	286 [215] 75,3 (68,0-81,4%)	0,000
2ª Sorologia sífilis	6.405 [4.006] 62,6 (59,6-65,4%)	947 [658] 69,4 (63,5-74,7%)	2.407 [1.660] 69 (64,1-73,4%)	2.511 [1.367] 54,4 (49,5-59,2%)	254 [116] 45,4 (35,9-55,3%)	286 [208] 72,9 (64,1-80,2%)	0,000
2ª Sorologia HIV	6.405 [4.988] 80,0 (74,8-80,7%)	947 [757] 84,9 (74,1-84,7%)	2.405 [2.044] 72,3 (79,5-89,1%)	2.511 [1.815] 60,6 (66,5-77,4%)	254 [155] 76,2 (46,5-73,2%)	286 [218] 77,9 (68,7-82,5%)	0,000

USG - ultrassonografia; p - p-valor do teste de qui-quadrado. Valores apresentados como: Total de cartões [número de cartões incompletos], Percentual de cartões incompletos (IC95% para o percentual de cartões incompletos).

Fonte: Autores.

Tabela 4. Avaliação da assistência pré-natal pelo índice de Kotelchuck, segundo macrorregião, 2011-2012.

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Mais que adequado	p-valor
Norte n=973	314 32,2 (26,6-38,4%)	236 24,2 (20,5-28,4%)	345 35,5 (31,1-40,1%)	79 8,0 (6,3-10,2%)	
Nordeste n=2459	578 23,5 (20,4-26,9%)	574 23,4 (20,9-26,1%)	1.044 42,5 (39,0-46,0%)	263 10,7 (8,4-13,5%)	
Sudeste n=2554	375 14,7 (12,2-17,5%)	478 18,7 (16,7-21,0%)	1.136 44,5 (41,1-47,9%)	566 22,1 (18,8-25,8%)	0,000
Sul n=259	42 16,1 (12,2-21,0%)	46 17,8 (12,9-24,1%)	125 48,0 (38,6-57,5%)	47 18,0 (10,2-30,0%)	
Centro-Oeste n=300	72 24,0 (19,4-29,2%)	62 20,8 (17,0-25,3%)	125 41,8 (36,9-46,8%)	41 13,5 (9,8-18,3%)	
Total	1.380 21,1 (19,1-23,2%)	1.397 21,3 (19,9-22,8%)	2.775 42,4 (40,3-44,5%)	993 15,2 (13,4-17,1%)	

Fonte: Autores.

te estudo indica a necessidade de maior interação de forma a garantir um melhor aproveitamento dos contatos entre profissionais de saúde e gestantes na unidade de saúde^{3,5}, permitindo a iden-

tificação do risco gestacional pelo profissional para que sejam realizadas orientações e encaminhamentos, que podem ser necessários, ao longo da gestação^{3,19,33}.

O bloco relativo aos dados da gestação atual apresentou a menor qualidade de preenchimento, variando conforme o tipo de informação. O campo “data da consulta” apresentou o maior registro, no entanto essa é 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, Sudeste e Centro-Oeste. Também nas regiões Sul e Sudeste foi observado maior registro de USG realizada antes da 20ª semana gestacional, refletindo provavelmente maior uso desse recurso diagnóstico para determinação da idade gestacional nessas regiões. 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 suspeita^{3,12,14}.

Estudos anteriores sinalizam que o não preenchimento da USG pode representar a não realização do exame ou o seu subregistro^{15,19}. Entretanto, outra publicação com dados do estudo “Nascer no Brasil” revela que quase a totalidade das gestantes refere ter feito exame de USG no pré-natal⁸. Dessa forma, o resultado encontrado sugere que ou a realização do exame ocorreu após a 20ª semana gestacional ou que foi realizada antes da 20ª semana gestacional, mas não foi registrada.

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 Florianópolis²¹. 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 todos os cartões avaliados. No entanto, a mesma pesquisa revelou que, de acordo com o recordatório materno, o peso foi verificado em todas as consultas, indicando que o procedimento de pesagem é realizado, mas com sub-registro desse campo do cartão da gestante³⁴.

As informações sobre estatura e peso são essenciais para avaliação do ganho de peso, 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, como diabetes *mellitus* gestacional, hipertensão arterial, macrossomia, morte perinatal, BPN, entre outros³⁵. 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^{3,5}.

O preenchimento dos resultados de exames da primeira rotina laboratorial variou de “regular” (glicemia, sorologia para sífilis e EAS) a “ruim” (sorologia para HIV). O MS orienta a realização de sorologias para sífilis e HIV duas vezes durante o período pré-natal para identificação de gestantes infectadas visando o tratamento da mulher e adoção de medidas para evitar a transmissão vertical para o concepto. Em relação à sorologia para HIV, resultados semelhantes foram observados por alguns estudos^{15,36}, que obtiveram preenchimento inferior a 90%. Destaca-se que a OMS³⁷ recomenda a testagem em pelo menos 95% das gestantes como indicador de processo para redução da transmissão vertical. Quanto à sorologia para sífilis, é preconizado o registro do resultado e do tratamento da sífilis no cartão da gestante³. Ressalta-se que o tratamento adequado reduz agravos, tais como BPN, prematuridade, infecções congênitas e óbitos perinatais³⁸.

O preenchimento do primeiro exame de glicemia de jejum obteve escore “regular” e o segundo, “muito ruim”. Importante destacar que o diabetes *mellitus* na gestação está associado a maior morbimortalidade materna e fetal, sendo importante seu rastreamento e diagnóstico precoce durante o acompanhamento pré-natal. Atualmente, são diagnosticadas com diabetes *mellitus* gestacional (DMG) as gestantes que apresentem na primeira consulta de pré-natal ou no primeiro trimestre gestacional critérios de diagnóstico iguais àqueles pré-determinados para a classificação da diabetes pré-gestacional, ou as mulheres sem diagnóstico de diabetes *mellitus* pré-gestacional, mas que apresentem glicemia de jejum entre 92 e 126 mg/Dl³⁹.

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. O nível de preenchimento de glicemia, sorologia para HIV e sífilis foram classificados em “muito ruim” em todas as regiões do Brasil. Importante pontuar que o escore de Romero e Cunha¹⁶ categoriza em muito ruim a incompletude acima de 50%. Portanto, apesar do resultado supracitado, as regiões Sul e

Sudeste apresentaram melhor desempenho em relação às demais regiões do país.

Cabe ressaltar que o registro do resultado dos exames não depende apenas da solicitação do exame pelo profissional de saúde e posterior registro do resultado no cartão da gestante, mas também da realização do exame pela gestante e retorno do resultado em tempo hábil, dependendo de fluxo de referência/ contrarreferência bem estabelecido, que qualifica o acesso e a integralidade no SUS¹⁹.

Os resultados do presente estudo, obtidos com análise exclusiva do cartão da gestante, demonstraram que apesar da ampliação de acesso à assistência pré-natal, com cobertura superior a 95% desde o início dos anos 2000, a qualidade desses atendimentos ainda apresenta inadequações, resultado semelhante a estudos que utilizaram diferentes fontes, como entrevistas e prontuários^{32,33}.

Estudos anteriores que avaliaram a adequação da assistência pré-natal por meio do cartão da gestante, também evidenciaram que este importante instrumento de comunicação está sujeito a incompletude^{13,18}. 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 cuidado¹³. O não preenchimento traz interpretações distintas, podendo ser decorrente tanto do sub-registro 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)^{17,18}. E ainda, o não preenchimento do cartão pode gerar dúvidas ou risco à paciente, por possibilitar a repetição de condutas ou negligenciamento de procedimentos necessários¹⁹. De acordo com Barreto e Albuquerque¹⁷ “o cartão da gestante foi subutilizado como instrumento de intercomunicação profissional na assistência ao parto e puerpério” (p.263).

Além das questões apontadas, o não preenchimento pode acarretar também limitação da produção de dados para a construção de indicadores essenciais para avaliação e planejamento de políticas acerca da saúde materno-infantil. Dessa forma, é essencial que equipes de saúde e gestores façam o bom uso do cartão e valorizem o preenchimento de modo a viabilizar a avaliação da assistência pré-natal por meio desse instrumento, otimizando o processo decisório e permitindo re-

tratar a realidade da assistência pré-natal na população atendida e o planejamento de ações^{13,21,22}.

A avaliação da assistência pré-natal, tendo como base o cartão da gestante, pode se dar pelo critério qualitativo ou quantitativo. O critério qualitativo trata da avaliação dos campos que retratam o conteúdo da assistência. Já a análise da assistência pré-natal na perspectiva do critério quantitativo retrata o acesso ao serviço de saúde e assistência pré-natal, pois detém avaliação baseada na idade gestacional no início do pré-natal e número de consultas realizadas¹⁷.

A avaliação, sob aspecto quantitativo, evidenciou 58% de adequação da assistência considerando as recomendações acerca da quantidade de consultas do PHPN. Caso fosse adotada a recomendação atual da iniciativa Rede Cegonha⁴⁰, implantada em 2011, que preconiza o início do pré-natal até a décima segunda semana gestacional e a realização de mais de sete consultas para uma gestante a termo, a adequação do pré-natal reduziria para 42%. Esta recomendação, de um maior número de consultas de pré-natal, também foi adotada pela Organização Mundial de Saúde⁴¹ 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.

Tanto pelo critério PHPN quanto pela 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^{12,15,31}. Dessa forma, apesar de maior acesso aos serviços de saúde, ainda se observa a necessidade de melhoria da qualidade da assistência pré-natal quando são avaliados os critérios relativos ao conteúdo da assistência^{12,15}. É de extrema importância que futuros estudos que se detenham na avaliação da assistência pré-natal contemplem a avaliação do conteúdo da assistência oferecida.

A principal limitação do presente estudo foi a não inclusão dos serviços privados, decorrente da decisão de restringir a análise ao modelo de cartão preconizado pelo MS. O número de gestantes atendidas nesses serviços que apresentaram o cartão do MS foi tão pequeno que inviabilizou a sua inclusão na análise, devendo ser objeto de estudos futuros. A decisão de analisar apenas os cartões com o modelo do MS foi necessária para padronizar as variáveis contidas nesse instrumento, e que seguem as recomendações do PHPN e do Manual Técnico^{5,27}, uma vez que os modelos de cartão criados e utilizados pelo ser-

viço privado muitas vezes não contemplam os mesmos campos existentes no modelo padronizado pelo MS.

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 análise comparativa de algumas variáveis, tendo em vista a importância da congruência de dados para comparação dos achados³⁶. 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 dados²⁰.

Uma segunda limitação foi a análise apenas das variáveis coletadas para o estudo “Nascer no Brasil”, o que impediu a análise do registro de outras condutas recomendadas na assistência pré-natal, tais como vacinação e prescrição de suplementação de sulfato ferroso. Também não foi avaliado o registro de condutas adotadas no caso de diagnóstico de intercorrências na gestação. Recomenda-se que estudos futuros, que tenham por objetivo 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^{6,7}.

Conclusão

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, como a ampliação de acesso à 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 redução das inadequações e iniquidades que ainda persistem no cuidado da gestante. Estudos futuros deverão contemplar os serviços privados, já que o número de gestantes atendidas nesses serviços que apresentaram o cartão do MS foi tão pequeno que inviabilizou a sua inclusão na análise, devendo ser objeto de estudos futuros.

Colaboradores

LR Mello participou da concepção do artigo, revisão sistemática da literatura, análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. D Marano participou da concepção do artigo, revisão sistemática da literatura, análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. MEL Moreira participou da concepção do artigo, análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. RMSM Domingues participou da análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. ACC Costa participou da análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. MAB Dias participou da análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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 União* 1990; 20 set.
2. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1160-1168.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: MS; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Assistência pré-natal*. Brasília: MS; 1988.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico*. Brasília: MS; 2005.
6. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4467-4478.
7. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(10):2095-2109.
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SG, Theme-Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S85-S100.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: MS; 2009.
10. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37(3):140-147.
11. Greg RA, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. *Public Health Rep* 1996; 11:408-419.
12. Domingues RMSM, Hartz ZM, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):425-437.
13. Santos Neto ET. *Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz; 2012.
14. Santos TMMG, Abreu APSB, Campos TG. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. *Rev Enferm UFPE* 2017; 11(Supl. 7):2939-2945.
15. Cristofaro MAG. *Avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão da gestante* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2017.
16. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saude Publica* 2006; 22(3):673-681.
17. Barreto FDFP, Albuquerque RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(6):259-267.
18. Carrilho JM. *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* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
19. 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 Saude Publica* 2012; 28(9):1650-1662.
20. Carvalho GM, Folco G, Barros LMR, Merighi MAB. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. *Rev Min Enferm* 2004; 8(4):449-454.
21. Zago FE. *Análise do Cartão da Gestante de pacientes no puerpério imediato atendidas na Maternidade Carmela Dutra* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
22. Coêlho TTG, Medeiros ACQ, Ribeiro WCS, Menêzes TB. Avaliação do Grau de Completude do Cartão da Gestante de Puérperas Atendidas em um Hospital Universitário. *Rev Bras Cien Saude* 2015; 19(2):117-122.
23. Malta MS, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica* 2010; 3 (44):559-565.
24. Mello LR, Rocha DM, Moreira MEL, Domingues RMSM, Costa ACC, Dias MAB. *Data for Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde: estudo seccional, de âmbito nacional*. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.EXU9EB>, SciELO Data, VI.
25. Vasconcelos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOCC, Souza JPRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S49-S58.
26. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, Theme Filha MM, Domingues RMSM, Pereira APE, Torres JA, Bittencourt DAS, d'Orsi E, Cunha AJLA, Leite AJM, Cavalcante RS, Lansky S, Diniz CSG, Szwarcwald CL. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: MS; 2002.
28. Pereira APE, Leal MC, Gama SGN, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Bastos MH. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S59-S70.
29. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Nota Técnica nº 703/2014. Direito de informação da gestante e obrigatoriedade do cartão da gestante, carta de informação e partograma na saúde suplementar*. Brasília: ANS; 2014.

30. Araújo BF, Tanaka AC. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. *Cad Saude Publica* 2007; 23(12):2869-2877.
31. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, Martins MG, Barbieri MA, Nathasje IF. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet* 2016; 21(4):1227-1238.
32. Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Rev Saude Publica* 2019; 53:43.
33. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(3):e00195815.
34. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini S CC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1347-1357.
35. Araujo RGPS, Gama SGN, Barros DC, Saunders C, Mattos IE. Validade de peso, estatura e IMC referidos por puérperas do estudo nascer no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51:115.
36. Tadeu C, Bustamante TMT, Sulamis D, Dutra SJ, Milani CL. 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):717-724.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis*. Ginebra: OMS; 2015.
38. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e a sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun Cien Saude* 2011; 1(22):43-54.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Rastreamento de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil*. Brasília: MS; 2017.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*; 2011.
41. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva*. Genebra: OMS; 2016.

Artigo apresentado em 10/03/2021

Aprovado em 09/09/2021

Versão final apresentada em 11/09/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva