

# ANÁLISE DOS REGISTROS NOS CARTÕES DE PRÉ-NATAL COMO FONTE DE INFORMAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

ANALYSIS OF PRENATAL REGISTRATION CARDS AS A SOURCE OF INFORMATION FOR CONTINUED CARE TO WOMEN DURING PREGNANCY AND DELIVERY

ANÁLISIS DE REGISTROS EN LAS TARJETAS DE PRENATAL COMO FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA A LA MUJER DEL EMBARAZO AL PUERPERIO

Geraldo Mota de Carvalho<sup>1</sup>  
Graziela di Folco<sup>2</sup>  
Lourdes Marci Reinert de Barros<sup>3</sup>  
Miriam Aparecida Barbosa Merighi<sup>4</sup>

## RESUMO

Este estudo objetivou analisar a qualidade das informações registradas no cartão da gestante durante o pré-natal. Os dados foram coletados em uma maternidade, em São Paulo com 44 puérperas, das quais apenas 43,0% possuíam o cartão. Em 90% desses cartões constavam registros de seis ou mais consultas; em 63%, o nome da gestante correto; em 84% constava a idade; em 31%, o peso; em 68%, a altura uterina e em 37% havia ilegibilidade dos registros. Em todos os cartões havia registro do resultado da tipagem sanguínea, mas em nenhum constava o proctoparasitológico de fezes ou pesquisa de edema. Ressalta-se a necessidade de conscientização dos profissionais pré-natalistas sobre a importância do preenchimento correto e completo do cartão para continuidade da assistência.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal; Puerpério; Enfermagem Obstétrica

## ABSTRACT

This study intends to analyze the quality of information recorded on the registration cards of pregnant women during prenatal care. The data was collected in a maternity in the city of São Paulo with 44 women who had deliveries, of which only 43% had these cards. On these cards, 90% showed 6 or more consultations; 63% had the woman's name written correctly, 84% included their age, 31% their weight; 68% the height of the uterus and 37% were illegible. On all the cards there was a record of blood type, but none of them had parasite or edema tests. We emphasize the need to make prenatal health professionals aware of the importance of filling out fully and completely the cards for continuous assistance.

**Key words:** Prenatal Care; Puerperium; Obstetrical Nursing.

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar la calidad de las informaciones en las tarjetas de prenatal. Los datos se recopilieron en una maternidad de San Pablo con 44 puérperas de las cuales sólo 43,0% tenían la tarjeta. En 90,0% de dichas tarjetas constaba registro de 6 ó más consultas; en 63,0% el nombre de la embarazada correcto; en 84,0% la edad; en 31,0% el peso; en 68,0% la altura uterina y en 37,0% registro ilegible. En todas las tarjetas estaba el resultado del tipo de sangre (A, B, O) y del factor Rh, pero en ninguna constaba el análisis de sangre oculta en materia fecal, el parasitológico de materia fecal ni la investigación de edema. Se subraya la necesidad de concienciar a los profesionales de prenatal sobre la importancia de llenar correctamente las tarjetas, con los datos completos, para dar continuidad a la asistencia.

**Palabras clave:** Cuidado Prenatal; Puerperio; Enfermería obstétrica

<sup>1</sup> Enfermeiro. Professor dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem e coordenador do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário São Camilo. Doutorando em Enfermagem da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Enfermeira especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário São Camilo.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. Coordenadora e professora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Adventista de São Paulo.

<sup>4</sup> Enfermeira. Professor associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Endereço para correspondência: R. Guiratinga, 931, apto 113, S. Paulo-SP. CEP: 04141-001. Fone:(011) 5779309/ 97876220, e-mail: mrgem@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

A assistência no período da gravidez e parto inicia-se antes do planejamento da concepção e estende-se além do puerpério. No entanto, poucas mulheres recebem tal assistência, o que se verifica com maior intensidade no pós-parto pela falta de um elo entre a assistência realizada no pré-natal e aquela prestada no período puerperal.

A assistência pré-natal constitui o rol de cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Na prática, entretanto, o termo consagrou-se como a orientação e assistência gestacional.<sup>(1)</sup>

Desse modo, pode ser definida como a atenção médica e de enfermagem que se dá à gestante, desde a concepção até o início do trabalho de parto, sobretudo preventiva e tendo como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal; preparar o casal para o exercício da paternidade.<sup>(2)</sup>

O pré-natal é a principal forma de conhecimento materno prévio ao parto e puerpério que possibilita prevenir e detectar alterações da gestação como também tratá-las de modo precoce, diminuindo os danos e perdas à mãe e ao feto.

Trata-se de um atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal, cujos resultados devem ser avaliados a longo prazo, com a formação de pessoas hígdas, úteis à comunidade e ao país.<sup>(3)</sup>

Assim, o diagnóstico precoce da gravidez e o conhecimento preciso da idade gestacional são fundamentais para o manejo obstétrico adequado. A assistência, logo após a confirmação diagnóstica, assegurada até a 42ª semana de gestação, é um fator importante para a boa evolução da gravidez.<sup>(4)</sup>

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 569 de 01/06/2000, recomenda o mínimo de seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.<sup>(5)</sup>

A frequência e os procedimentos básicos das consultas dependem do risco específico de cada mulher na gravidez e do plano de ação para cada caso.<sup>(4, 5)</sup>

Na primeira consulta, constituem atividades imprescindíveis: coleta da história; exame físico geral; exame gineco-obstétrico: inspeção e palpação das mamas, inspeção vulvar, exame especular, medida da altura uterina, ausculta cardiófetal; determinação da idade gestacional; identificação dos fatores de risco; solicitação de alguns testes laboratoriais: hemoglobina (Hb), grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para Lues, urina I, urocultura com antibiograma, glicemia de jejum, colpocitologia oncológica, bacterioscopia do conteúdo vaginal.<sup>(2)</sup>

Nas consultas subseqüentes, as atividades são: história parcial; exame físico parcial; exame obstétrico: palpação, mensuração da altura uterina, ausculta cardiófetal, confirmação da idade gestacional; toque ginecológico; solicitação de outros testes laboratoriais:

hemograma (28ª-32ª semanas), sorologia para Lues (28ª-32ª semanas), Coombs indireto (quando fator Rh materno for negativo e o paterno, positivo), rastreamento para diabetes (28ª-32ª semanas), sorologia para toxoplasmose e sorologia para rubéola.<sup>(3, 5, 6)</sup>

Além disso, a necessidade dos testes para diagnóstico de Hepatite B, como parte obrigatória dos exames laboratoriais rotineiros, justifica-se por causa da frequência elevada dessa doença, do risco de contaminação e da possibilidade de prevenção.<sup>(3)</sup>

As reações sorológicas para diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em locais onde sua incidência é alta, ou diante de fatores individuais de risco, têm requisição obrigatória, ressaltando-se a obrigatoriedade de concordância expressa da grávida para realização do exame.<sup>(3)</sup>

O cartão da gestante tem sido utilizado como um instrumento da assistência pré-natal; entretanto, para a eficácia de seu uso, o registro de todas as avaliações de forma abrangente e racional é importante por facilitar a comunicação de informações no período do parto. É um elo de comunicação entre as equipes de assistência ambulatorial e hospitalar, visto que os profissionais envolvidos nessa assistência nem sempre são os mesmos. Além disso, trata-se de um instrumento para avaliação e evolução da gravidez.<sup>(4, 5)</sup>

Na maioria das vezes, o cartão da gestante é o único documento portado pela mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, com registros do acompanhamento do pré-natal para que se possa planejar uma assistência de qualidade.

Visando permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, pela coleta e análise dos dados obtidos em cada encontro, o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência, precisa ser garantido. Para tanto, o cartão de pré-natal deve ser usado como instrumento de registro que deverá permanecer sempre com a gestante.<sup>(5)</sup>

Reforçando a grande responsabilidade profissional que envolve o preenchimento dos registros no cartão da gestante, salienta-se que não basta o registro banal, descuidado e automatizado dos resultados obtidos. É necessária uma análise crítica desses dados e sua inter-relação com o quadro clínico para que haja adequada interpretação.<sup>(3)</sup>

A *American Academy of Family Physicians* tem discutido a associação de resultados negativos na gestação, como sendo determinada pelo baixo valor preditivo, aliado à baixa especificidade dos dados registrados nos cartões de pré-natal a cada consulta.<sup>(7)</sup>

Esta aparente falha na continuidade da assistência motivou-nos a avaliar a qualidade dos registros dos cartões de pré-natal, como fonte de informações à assistência ao parto e período puerperal.

Diante destas considerações, propusemo-nos realizar a presente investigação com o intuito de contribuir para a assistência de qualidade à mulher no período gravídico-puerperal.

## OBJETIVO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade dos registros nos cartões de pré-natal.

## MATERIAL E MÉTODO

É um estudo exploratório descritivo que foi desenvolvido em uma maternidade privada do município de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa dessa entidade.

A pesquisa foi realizada com as mulheres que se encontravam internadas no Alojamento Conjunto da referida maternidade no mês de fevereiro de 2001, a partir do segundo dia de puerpério e que concordaram em participar do estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim sendo, a população compôs-se de 44 puérperas.

O instrumento utilizado para a coleta de dados (Anexo I) constou de um roteiro baseado nas normas do Ministério da Saúde, no qual eram assinalados em forma de *check-list* as informações registradas nos cartões de pré-natal, registros completos a cada consulta pré-natal, verificação das anotações de doenças preexistentes, da identificação do profissional que anotou os dados nos cartões e da legibilidade dos dados.

Os dados foram colhidos por um dos pesquisadores do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados mostraram que 57,0% das puérperas não possuíam o cartão no momento da verificação dos registros, sendo, portanto, analisados apenas 19 cartões. Tendo em vista a necessidade do uso dos dados registrados, os profissionais devem conscientizar as gestantes da importância da posse e manutenção de seu cartão de pré-natal.

Verificou-se que 90,0% dos cartões analisados continham registros de seis ou mais consultas, e 10% apresentavam registros de uma a duas consultas. Este é um dado bastante animador, pois como comprovaram Hernández e Carrilo<sup>(8)</sup> um número menor de consultas, com grande intervalo entre elas pode não permitir a detecção de disfunções no organismo da gestante, entre elas a hiperglicemia. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando a avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíacos. Recomenda-se que, após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, se deve dar o acompanhamento da gestante, registrando-se os seguintes aspectos: nome, idade, endereço, data da última menstruação, idade gestacional, trimestre em que iniciou o pré-natal, avaliação nutricional.<sup>(5)</sup>

Essas ações recomendadas pelo Ministério da Saúde são mínimas e essenciais para uma assistência pré-natal adequada e não demandam equipamentos e materiais sofisticados.<sup>(9)</sup>

Quanto às orientações mencionadas, chama atenção o fato de que em 37,0% dos cartões havia ausência ou

incorrecção do nome da portadora do cartão e em 16,0% não havia o registro de idade, indícios que apontam, entre outros fatores, a não valorização do cartão de pré-natal pelos profissionais de saúde.

A propedêutica clínica, como passo fundamental no atendimento obstétrico, destaca-se, pois por meio dela o médico e o enfermeiro obstetras têm grande oportunidade de identificar os chamados fatores de risco gestacionais e, entre esses, estão as características biopsicossocioculturais.<sup>(3)</sup>

Considerando todas as consultas, os registros mais presentes nos cartões foram: os valores da pressão arterial (89,0%), altura uterina e movimentação fetal, ambos em 68,0% dos cartões. Os registros que menos apareceram foram: edema de membros inferiores (100%), frequência ou pelo menos a presença de batimentos cardíacos (79,0%) e peso corporal (69,0%).

Em relação aos dados registrados nas primeiras consultas, 100% dos cartões continham registros e resultados de tipagem sanguínea ABO e fator Rh; 84,0%, de glicemia; 95,0% anti-HIV, hematócrito e hemoglobina. Em 90,0% dos casos, não havia registros de anti-HBS; em 74,0% não constavam dados de citologia oncológica, em 58,0% não havia dados sobre imunização e em nenhum cartão havia registro do resultado de exame proctoparasitológico de fezes, embora não seja considerada incomum a ocorrência de verminose em nosso meio.

Na primeira consulta, devem ser feitas: anamnese, o exame físico e gineco-obstétrico, identificação de fatores de risco e requisição de testes laboratoriais.<sup>(4, 5, 6)</sup>

O estudo de Campos et al.<sup>(10)</sup> com médicos obstetras, ressalta que os itens por eles considerados mais importantes, em qualquer consulta pré-natal, foram: a evolução de pressão arterial, a data da última menstruação, a idade gestacional, a tipagem sanguínea, a paridade e a altura uterina. Todos estes profissionais referiram preencher o cartão, entretanto 81% o faziam de maneira incompleta. Quanto à confiabilidade das informações contidas no cartão, 54,0% afirmaram que são confiáveis; no entanto, citaram a necessidade de checar algumas com a gestante.

Wildschut et al.<sup>(11)</sup> mostraram em seu estudo que, também na Holanda, existem variações dos testes laboratoriais e procedimentos rotineiros entre os profissionais que assistem a gestante no pré-natal. Houve consideráveis variações de conduta para glicemia, titulação para rubéola e avaliação de glicosúria e proteinúria. A medida da pressão arterial e o peso foram os procedimentos pré-natais mais padronizados. As obstetras apresentaram uma visão mais otimista do que os médicos a respeito do impacto do cuidado pré-natal sobre a evolução da gravidez.

Tanaka<sup>(12)</sup> salientou que o pré-natal é uma atividade rotineira, sujeita a simplificações nem sempre desejáveis, e a qualidade com que é realizado pode ser o fator determinante de sua efetividade.

Para o acompanhamento adequado da gravidez, alguns indicadores fazem parte de um protocolo assistencial e encontram-se praticamente em todas as fichas de pré-natal, como o cálculo da idade gestacional, o peso corpo-

ral e o ganho ponderal, a medida da pressão arterial, a medida da altura uterina e a avaliação da vitalidade fetal, além da verificação da presença de edema e sua relação com doenças.<sup>(5, 6)</sup>

É preciso lembrar que a ausência de registros do peso corporal e da presença ou não de edema que não foram valorizados pelos profissionais que realizaram o pré-natal, podem representar risco gestacional pois se relacionam com Diabetes Mellitus, Desnutrição, Síndromes Hipertensivas, Erros de Metabolismo, entre outras complicações.

Dentre os cartões de pré-natal verificados, 79,0% não continham dados sobre doenças preexistentes ou mesmo anotações de doenças diagnosticadas ou tratadas durante a gravidez atual. A investigação dos problemas atuais e prévios é importante para a avaliação do risco gestacional.<sup>(4)</sup>

Em relação aos locais de realização das consultas, observa-se que 84,0% foram efetuadas em serviços de atenção básica à saúde; 5,0%, em serviços básicos no Programa Saúde da Família (PSF/Qualis) e 11,0% em clínicas particulares.

Sabe-se que parte das mortes maternas poderia ser evitada com medidas de saúde pública, educação, ação dos cuidados pré-natais e hierarquização dos níveis primários, secundários e terciários do sistema de saúde.<sup>(4, 9)</sup>

Em seu estudo sobre a assistência pré-natal, este último autor encontrou uma qualidade sofrível. Mesmo as ações educativas, altamente valorizadas pelos estudiosos como uma das intervenções a serem realizadas com vistas à redução da morbimortalidade, praticamente não foram utilizadas caracterizando a falta de envolvimento dos profissionais na melhoria de condições de saúde das gestantes.

Um bom plano de acompanhamento da gestação inclui atenção aos aspectos emocionais, orientações educacionais relativas à saúde e aos hábitos de vida e preparação para a maternidade, além do diagnóstico e do tratamento de doenças da gravidez, sendo o enfermeiro elemento-chave para a elaboração e realização desse plano de acompanhamento.

A avaliação da saúde em sua totalidade, focalizando os aspectos sociais, psicológicos e terapêuticos requer um sistema multidisciplinar de atendimento, visto que essas questões interagem entre si.<sup>(4)</sup>

Entre os cartões verificados, 95,0% continham dados anotados por médicos gineco-obstetras e 5,0% por médicos generalistas. As assinaturas ou carimbos contidos em qualquer local do cartão foram consideradas, pois nem sempre se encontravam na coluna destinada para esta finalidade.

Outro fator observado foi a legibilidade dos registros. Quanto a este item, 37,0% foram considerados ilegíveis, pois continham rasuras ou dificuldade para leitura. Vale salientar que se não houver a possibilidade de interpretação dos dados, seu registro será desnecessário.

Estes resultados estão em concordância com um estudo de Campos et al.<sup>(10)</sup>, no qual os autores afirmam haver uma necessidade premente de maior conscientização a respeito da importância do cartão en-

tre os médicos obstetras e as gestantes para que haja aumento da eficácia do instrumento. Estes autores concluíram haver necessidade de um constante reforço aos médicos quanto à importância do preenchimento completo e detalhado, uma vez que os cartões apresentados pelas gestantes na maternidade do estudo encontravam-se preenchidos de forma incompleta e, na maioria dos casos, ilegíveis, levando a baixa confiabilidade, fazendo com que os médicos checassem a veracidade e complementassem as informações com a gestante.

Além das anotações essenciais no cartão de pré-natal, ressalta-se a importância de registrar os dados de exame clínico e resultados de exames laboratoriais e ou de imagem, cuidadosamente em ficha apropriada, arquivada na instituição ou no consultório.<sup>(3, 5)</sup>

Phipps<sup>(13)</sup> avaliou o impacto sobre a gestante portar seus registros pré-natais durante a gestação e concluiu que o porte integral de todas as informações de maneira ampliada talvez aumente o potencial para melhorar o nível de comunicação entre os profissionais de saúde e, isto também concede à gestante, um maior senso de compartilhamento e comunicação entre seus familiares. Em estudo semelhante Homer et al.<sup>(14)</sup> levantaram os seguintes benefícios em relação ao fato de a gestante portar os registros integrais da sua assistência pré-natal: total acesso às informações, tomada de decisão, responsabilidade, poder e controle da situação.

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses resultados, assim como os do estudo de Scochi<sup>(15)</sup>, apontam para a probabilidade de deficiências no atendimento pré-natal.

A maior parte da população estudada compôs-se de puerperas sem o cartão do pré-natal no momento da coleta dos dados. A maioria dos cartões continha registro de seis ou mais consultas, nome completo e ou correto, idade da mulher, a data da última menstruação, resultados da tipagem sanguínea ABO e fator Rh. Observou-se que nos cartões não havia registro de resultado do exame proctoparasitológico de fezes e da pesquisa de edema dos membros inferiores.

Da análise dos registros realizados a cada consulta, percebe-se que os mais anotados foram: pressão arterial, altura uterina e movimentos fetais. Os registros que menos apareceram foram a frequência ou presença do batimento cardíaco fetal e o peso corporal. A maioria dos registros dos cartões foi feita por médicos gineco-obstetras, nenhum registro foi realizado por enfermeiros, e uma porcentagem significativa dos cartões estava ilegível.

Apesar do pequeno tamanho amostral, o estudo indicou que os registros nos cartões de pré-natal não foram satisfatórios, não podendo constituírem-se como fonte de informações para a assistência no período gravídico-puerperal. Assim sendo, acredita-se que o objetivo proposto no início do trabalho foi alcançado, uma vez que foi constatado que os registros foram realizados de forma incompleta, prejudicando a continuidade da assistência.

Entre os cartões analisados, havia anotações realizadas por ginecologistas e obstetras e uma pequena porcentagem por médicos de família (do Programa de Saúde

da Família – PSF) que fazem parte de uma equipe de saúde composta também pelo enfermeiro.

Durante a assistência pré-natal, a mulher deveria contar com cuidados e orientações multiprofissionais, entre elas, a do enfermeiro, entretanto, isso não foi constatado na amostra analisada.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº. 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro obstetra.<sup>(16)</sup> Este profissional tem competência técnica, científica e legal para realizar o acompanhamento de gestantes de baixo risco, ou seja, aquelas que não apresentam intercorrências clínicas ou obstétricas. Ao detectar sinais de anormalidades, ele deve fazer o encaminhamento da gestante ao pré-natal patológico, para que seja acompanhada por um médico.

Os princípios de manejo e condução do pré-natal foram recentemente garantidos à mulher pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 569 de 01/06/2000(17), que considera a humanização no pré-natal. Entende-se como humanização a relação de respeito e profissionalismo científico que a equipe multiprofissional estabelece com a mulher durante a gestação.

Percebe-se a falta de um atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal realizado por uma equipe multiprofissional, no qual a avaliação da gestante provavelmente dar-se-ia de maneira mais completa.

Por meio deste estudo, constata-se que os dados foram registrados de forma incompleta, fato esse que mostra a necessidade de uma valorização do registro de informações no cartão da gestante pelos profissionais de saúde que deveriam utilizá-lo como uma fonte de referência de suas clientes às maternidades e hospitais e para seguimento adequado de cada caso.

Os dados completos poderiam contribuir para melhores cuidados e para a continuidade da assistência prestada. Propiciariam, sobretudo, o planejamento de uma assistência de qualidade a ser oferecida a esse tipo de clientela.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penna LHG, Proganti JM, Correa LM. Enfermagem Obstétrica no acompanhamento pré-natal. R Bras Enf. 1999; 52(3): 385-91.
2. Carvalho GM. Enfermagem em obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2002.
3. Tedesco JJA. Pré-Natal. In: FEBRASGO. Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. Pt. II, cap. 6, p.143-58.
4. Gao DSM. Acompanhamento da gestação de risco. In: Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Parte III. Assistência a mulher. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
5. Brasil. Ministério de Saúde. A assistência pré-natal. Manual Técnico. 3ª ed. Brasília; 2000.
6. São Paulo. Secretaria Municipal de São Paulo. Protocolo de Enfermagem: atenção à saúde da mulher. Manual Técnico. São Paulo; 2003.
7. Benzecry R. Mortalidade Materna. In: FEBRASGO. Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. Cap. 7, p.159-63.
8. Hernández VM, Carrilo PA. Prenatal control related to the number of consultations as hyperglycemia diagnostic method. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70: 592-6.
9. Fernandes RAQ. Estudo da morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal. Rev Paul Enf. 2001; 20(2):57-67.
10. Campos JJB, Akatsu AS, Prado ES, Hoyama E, Rodrigues JAM. Cartão da gestante: uma análise sob o ponto de vista dos médicos do município de Londrina. Semina: Cien Biol/Saúde 1996; 17(2): 149-57.
11. Wildschut HJ. Practice variation of test procedures reportedly use in routine antenatal care in The Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78: 27-32.
12. Tanaka AC. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Publica 1989; 23(1):67-75.
13. Phipps H. Carrying their own medical records: the perspective of pregnant women. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2001; 41(4):398-401.
14. Homer CS, Davis GK, Everitt LS. The introduction of a woman-held record into a hospital antenatal clinic: the bring your own records study. Aust NZJ Obstet Gynaecol. 1999; 39(1):54-7.
15. Scochi MJ. Uma proposta para a avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. Acta Scientiarum 2002; 24(3):803-9.
16. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP. Documentos básicos de enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2001.
17. Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes- ABENFO. Dispositivos legais relacionados à saúde da mulher e do recém-nascido – Manual. São Paulo: ABENFO-SP; 2002.

## ANEXO I- INSTRUMENTO: CHECK-LIST DOS CARTÕES DE PRÉ-NATAL

### I. Dados de identificação

I.1. Nome Completo: ( ) sim ( ) não

I.2. Idade: ( ) sim ( ) não

### 2. Número das consultas pré-natais realizadas:

### 3. Local de realização do pré-natal:

( ) UBS ( ) QUALIS-PSF

( ) ambulatório de hospital

( ) Consultório Particular

**4. REGISTROS COMPLETOS NO CARTÃO PRÉ-NATAL:**

<b>Itens:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Diagnósticos de Normalidade (gestação, paridade, aborto, cesárea)		
DUM (data última menstruação)		
DPP (data provável do parto)		
Tipagem Sanguínea ABO/fator Rh		
Hemograma / Hb e Ht		
Urina I / Urocultura		
Sorologia para HIV		
Sorologia para Hepatite B		
Sorologia para Lues		
Glicemia de jejum		
Proctoparasitológico de fezes		
Citologia oncótica		
Imunizações		

**5. REGISTROS COMPLETOS A CADA CONSULTA PRÉ-NATAL QUANTO:**

<b>Itens:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Idade Gestacional		
(P) Peso		
(PA) Pressão Arterial		
(AU) Altura Uterina		
(MF) Movimentos Fetais		
(FCF) Frequência Cardíaca Fetal		
Edema de membros inferiores		
Apresentação / Posição fetal		

6. Anotações de doenças preexistentes: ( ) Sim ( ) Não

7. Profissionais que registraram os dados no cartão de Pré-Natal:

( ) Médico generalista ( ) Médico obstetra

( ) Enfermeiro Generalista ( ) Enfermeiro Obstetra

8. Registros legíveis: ( ) Sim ( ) Não