

# Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sisprenatal

*Compatibility between data from the pregnant card and the computerized web system Sisprenatal*

**Ivelise Araújo Souza**

**Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo - Brasil**  
[souzaivelise@hotmail.com](mailto:souzaivelise@hotmail.com)

**Mário Ivo Serinolli**

**Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo - Brasil**  
[mserinolli@gmail.com](mailto:mserinolli@gmail.com)

**Márcia Cristina Zago Novaretti**

**Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo - Brasil**  
[mnovaretti@gmail.com](mailto:mnovaretti@gmail.com)

**Daniele Cristina Campos de Souza**

**Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo - Brasil**  
[niellyccs@yahoo.com.br](mailto:niellyccs@yahoo.com.br)

## Resumo

O Ministério da Saúde afirma que os cuidados pré-natais à puérperas são extremamente importantes para uma gravidez saudável e para o bem-estar da mãe e do feto. Neste contexto, o Cartão da Gestante e o registo Sisprenatal - um sistema de informação para monitorar a saúde da mãe e do bebê - foi implantado no Sistema Único de Saúde para melhorar a qualidade das informações e da assistência médica praticada à gestante. O Cartão da Gestante utilizado pelos profissionais de saúde viabiliza a troca de informações para uma melhor assistência ambulatorial e hospitalar. Qualquer falha no preenchimento do cartão da gestante ou no Sisprenatal pode diminuir a qualidade da

## Abstract

*The Brazilian Ministry of Health asserts that the prenatal and puerperal cares are extremely important to a healthy pregnancy and to the wellbeing of mother and fetus. In this context, the Pregnant Card and the Sisprenatal register – an informational system for monitoring health of both mother and baby – has been deployed in the Brazilian Unified National Health System. To improve the quality of information and medical care practiced for pregnant women. The Pregnant Card has the purpose of being used by the health professionals enabling the exchange of information for a better outpatient and hospital care. Any failure to fill out a Pregnant Card or Sisprenatal register can reduce the quality of prenatal*

assistência pré-natal em todos os níveis assistenciais e gerenciais, com insuficiência de dados para planejamento, controle e avaliação de programas de saúde. Assim, esta pesquisa tem como objetivo verificar a compatibilidade entre as informações do Cartão da Gestante e o sistema de web informatizado Sisprenatal das mulheres grávidas. Realizou-se uma pesquisa quantitativa com delineamento descritivo, com 150 mulheres grávidas que frequentam um hospital de emergência obstétrica da zona leste de São Paulo - SP, Brasil. Os pesquisadores analisaram variáveis relacionadas às mulheres grávidas, à condução das ações obrigatórias de atendimento pré-natal, aos dados relacionados com o serviço, e aos dados relacionados com Sisprenatal. Os resultados provaram que existe compatibilidade entre os dados de ambas as fontes (Cartão da Gestante e Sisprenatal) em apenas 20% dos casos analisados. Portanto, ressalta-se a relevância deste estudo uma vez que tem a intenção de contribuir para ação dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento da puerpera e de seu bebê, disponibilizando dados e oferecendo um retrato sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que assistem diretamente as gestantes, além daquelas encontradas pelos gestores, que não dispõem de informações completas para a gestão do sistema de saúde direcionado para a gestante.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde; Avaliação em Saúde; Cuidado Pré-Natal; Cartão Grávida; Sisprenatal.

*care at all levels of care and management with insufficient data to plan, control and evaluate health programs. Thus, this research aims to verify the compatibility between information from Pregnant Card and computerized web system Sisprenatal of pregnant women. We carried out a quantitative research with descriptive design, with 150 pregnant women who attend an obstetrical emergency hospital on the east side of Sao Paulo – SP, Brasil. The researchers analyzed variables related to pregnant women, conduction of the mandatory actions of prenatal care, data related to the service, and data related to Sisprenatal. The results proved that there is compatibility between data from both sources (Pregnant Card and Sisprenatal system) in only 20% of the cases analyzed. Therefore, this is a very relevant study, since it intends to contribute to the health professionals involved in the care of the puerperal and her baby, providing data and offering a picture about the difficulties encountered by health professionals who attend directly the pregnant women and the managers who do not have complete information for the management of the health system*

**Keywords:** Management in Health; Health Evaluation; Prenatal Care; Pregnant Card; Sisprenatal.

## 1. Introdução

Criado pelo Ministério da Saúde em meados de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) teve como objetivos assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, ao puerpério e ao período neonatal, além de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e complementar medidas já adotadas para aprimorar a assistência à gestante, na perspectiva dos direitos básicos de cidadania (Pasche & Passos, 2010; Martinelli, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a consulta de pré-natal e puerperal é de suma importância para uma gravidez saudável e para o bem-estar da mãe e do feto. Dentro desse contexto, foi implantado o cartão da gestante para que a equipe de saúde tenha todas as informações necessárias, incluindo dados de identificação, histórico médico e de consultas anteriores, exames realizados e intercorrências que são registradas e compartilhadas quando a gestante apresenta o cartão durante as consultas de pré-natal e durante o parto.

O cartão da gestante é uma ferramenta de informação que está integrada no plano Sistema Único de Saúde (SUS) de atenção ao pré-natal como forma de armazenar informações da gestante, sendo utilizada pelos profissionais de saúde em unidades básicas e hospitais, o que facilita uma melhor assistência. O cartão deve conter informações compatíveis com as disponíveis no Sis prenatal (Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança). A falta de preenchimento de dados no cartão pode diminuir a qualidade da assistência materna infantil e contribuir para o aumento de intercorrências, com prejuízos muitas vezes irreparáveis. O início do preenchimento do Cartão da Gestante ocorre já na primeira consulta de pré-natal, onde é obrigatório o cadastro da mesma no Sis prenatal, e em seguida, são inseridos os dados pessoais e obstétricos, que enfatizam as principais informações do binômio mãe-feto. Esses dados são complementados a cada consulta, e serão totalmente preenchidos no âmbito hospitalar quando a gestante passa pelo processo de parto, com informações referentes ao próprio parto, e também ao recém-nascido.

Na publicação “Humanização do parto e do nascimento – Caderno Humaniza SUS” (Brasil, 2014), os dados essenciais e obrigatórios a serem inseridos no Cartão da Gestante para uma adequada assistência pré-natal são: aferições da idade gestacional (IG), altura uterina (AU), pressão arterial (PA) e peso materno, além dos batimentos cardíacos (BCFs) e apresentação fetal. A Pressão Arterial (PA), o peso materno (PM), a altura uterina (AU) e a Idade Gestacional (IG) devem ser registrados em todas as consultas, enquanto a ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs) e o diagnóstico da apresentação fetal podem ser detectados clinicamente e devem ser anotados a partir de 20 e 28 semanas de gestação, respectivamente. A inserção dos dados inclui os exames laboratoriais classificados como básicos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN): tipagem ABO-Fator Rh, hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), glicemia em jejum, VDRL, urina tipo 1, teste anti-HIV e sorologia para hepatite B.

O Sis prenatal é um *software* que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (SUS). No Sis prenatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Ele permite o acompanhamento das gestantes por todos que acessarem o programa desde o início da gravidez até a consulta de puerpério, daí a necessidade da compatibilidade das informações entre o Cartão da Gestante e o referido *software*.

A utilização do Cartão da Gestante e o programa Sis prenatal interligam as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e a unidade hospitalar, uma vez que os profissionais de saúde utilizam desses meios para uma comunicação indireta, porém precisa, o que reforça a necessidade de que esses dados regressem completos do hospital para a ESF pertencente àquela gestante já puérpera. Em um estudo realizado por Coutinho *et al.* (2010) em Juiz de Fora (MG), baseando-se nos apontamentos dos Cartões das Gestantes, os autores avaliaram a adequação no cumprimento de normas e procedimentos preestabelecidos por parte dos gestores e das equipes de saúde, e também a adesão das pacientes às propostas da assistência pré-natal, resultando em uma baixa adequação final das anotações dos procedimentos realizados durante a assistência, e mostrando que os registros contidos no cartão são fundamentais para avaliar as consultas de pré-natal. Assim, ao perceber que os Cartões das Gestantes não são preenchidos de maneira completa, e que as informações que deveriam ser inseridas no Sis prenatal também não o são, implicando um retorno sem as devidas anotações e informações que auxiliariam no andamento da assistência de ambos, nota-se uma preocupação maior frente a essa prática em nível hospitalar, visto que o mesmo é um documento de suma importância para os profissionais de saúde, e que o retorno do cartão não preenchido torna o trabalho dificultoso e até mesmo incoerente para com a consulta puerperal na ESF.

Baseado nessas premissas, surgiu o interesse de analisar os dados registrados no Cartão da Gestante, considerados como obrigatórios pelo Ministério da Saúde, bem como cruzar os dados e averiguar a compatibilidade dessas informações no Sis prenatal, considerando que o *software* citado fornece indicadores que serão utilizados em estratégias de gestão local e regional. Sendo assim, o presente estudo buscou comparar e analisar os dados referentes ao pré-natal a partir de duas fontes de informação: o Cartão da Gestante, no qual deve ser

registrado todo o acompanhamento durante a gestação, e o banco de dados do Sis prenatal, utilizando informações obtidas de gestantes atendidas em uma maternidade pública localizada na Zona Leste da cidade de São Paulo – SP.

## **2. Referencial Teórico**

### **2.1. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**

Criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído através da Portaria No. 569, de 01 de junho de 2000 (Brasil, 2000), com objetivo de assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, ao puerpério e ao período neonatal, reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e complementar medidas já adotadas para aprimorar a assistência à gestante, na perspectiva dos direitos básicos de cidadania. O PHPN estabeleceu, de forma até então inédita no País, parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade. As portarias MS/GM 569, de 01 de junho de 2000; MS/GM 570, de 01 de junho de 2000; MS/GM 571, de 01 de junho de 2000; e MS/GM 572, de 01 de junho de 2000 instituíram o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com seus diferentes componentes de incentivo à Assistência Pré-Natal, a organização, regulação e novos investimentos na Assistência Obstétrica, estabelecendo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Esse programa apresenta duas características que podem ser importantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a retificação dos direitos da mulher incorporados com as diretrizes institucionais.

Reorganizar a assistência é o objetivo principal, vinculando oficialmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos, quais sejam: Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação; Garantir os seguintes procedimentos: 2.1) realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre da gestação; 2.2) realização de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; 2.3) realização dos

seguintes exames laboratoriais: ABO - Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta; 2.4) oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; 2.5) aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; 2.6) realização de atividades educativas; 2.7) classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes; 2.8) garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (Brasil, 2002; Brasil, 2014).

O PHPN foi planejado e discutido como uma política nacional de atenção aos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar esse objetivo, como estabelecimento do limite percentual no pagamento das cesáreas, e a implantação de um sistema de atenção à gestação de alto risco. Durante sua implantação, mobilizou, em tempo relativamente curto, quase 4 mil municípios, e permitiu a ratificação de muitas hipóteses sobre a assistência pré-natal, com um macro diagnóstico da saúde materna (Brasil, 2012). Em municípios onde o PHPN foi prioridade, várias iniciativas foram sedimentadas em relação à qualidade da atenção. Nas inúmeras observações realizadas, o pré-natal foi resgatado como estratégia importante, e seu monitoramento foi feito cuidadosamente, inclusive com a implementação de atividades recomendadas, mas não obrigatórias, como a visita da gestante à maternidade e a presença de acompanhantes no momento do parto. As coordenações locais referiam-se à instituição do programa como uma possibilidade de concretizar várias atividades para a qual não se sentiam preparadas. Seguramente, existem ainda muitos aspectos dessa estratégia que devem ser conhecidos e os seus desdobramentos avaliados.

Com o entendimento da falta de dissociação entre produção de saúde e produção de subjetividades protagonistas, na busca por vias de operar a tríplice inclusão e, assim, dar corpo às ações integrais, ao longo de seus dez anos de existência, o Plano Nacional de Humanização

(PNH) tem apostado na estratégia metodológica do apoio institucional. Esse respaldo tem sido pensado e operado como uma função coletiva, um “fazer com” as equipes apoiadas, perseguindo a criação de grupalidade, criando linhas de negociação e planos de ação, lidando com a fragmentação intra e inter equipes via produção de espaços coletivos e projetos comuns, montando redes de coletivos, enfim, como nos indicam Costa, Nascimento, Cruz, Terra e Silva (2013), dando um corpo à cogestão. O PNH vem, assim, apostando, compondo e articulando estratégias, promovendo e agenciando experiências de apoio no SUS. A experiência de apoio institucional voltada para a humanização do parto e do nascimento, experimentada no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (Brasil, 2012), serviu de embasamento para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo Governo Federal, configurando-se como uma rede de cuidados com vistas a assegurar à mulher e à criança, o direito a uma assistência humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, com o funcionamento do Plano de Qualificação de Maternidades (PQM), e posteriormente da Rede Cegonha, busca-se criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, com vistas à qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, à humanização do cuidado, à garantia de direitos das (os) usuárias (os), e à redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna (Brasil, 2012; Brasil 2014).

A Rede Cegonha, por sua vez, propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo âmbito nacional, com incentivos técnicos e com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal. Pode-se dizer que a RC amplia o PQM sob o ponto de vista da extensão territorial, como também reforça a trajetória já iniciada com o PQM de se trabalhar com o apoio institucional realizado nas maternidades com as equipes, atrelada a uma perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil. Com esse intuito, a RC vem agregando às diretrizes de humanização do PQM (Acolhimento em Rede, Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência) outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado à crianças de até dois anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira,

implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) (Brasil, 2012).

## **2.2. Os sistemas de informação existentes no PHPN**

Segundo Oliveira & Cruz (2015), com as transformações demográfica e epidemiológica que vêm ocorrendo mundialmente, têm-se presenciado um envelhecimento da população, aliado a uma queda relativa de morbidade aguda, e a um número crescente das condições crônicas de saúde. No Brasil, estas transições vêm ocorrendo de forma significativa a partir de meados do século XX, e o país vivencia atualmente uma evolução epidemiológica com tripla carga de doenças, onde persistem doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, simultaneamente com o impulsionar das doenças crônicas e de seus fatores de risco, e do forte crescimento das causas externas de morbimortalidade. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma possibilidade ao modelo assistencial caracterizado pela sua fragmentação. As RAS, formadas pela população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, são o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir uma assistência integral. As RAS estão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. De acordo com o Decreto nº 7508, de 2011, a Região de Saúde é “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados”.

No Brasil, as experiências iniciais com as RAS ocorreram no início do século XXI e se dispersaram pelo país, em geral sob a coordenação das secretarias de Saúde estaduais, e sob a forma de redes temáticas. As diretrizes para a sua organização, no âmbito do SUS, foram publicadas em 2010, pela Portaria GM/MS n.º 4279, e definidas como uma “estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (Panitz, 2014).



Segundo Viacava, Ugá, Porto, Laguardia & Moreira (2012), a avaliação do desempenho das RAS aparece nesse contexto como uma questão inerente à gestão, de forma a possibilitar a verificação da coerência entre mudanças no modelo de atenção e as necessidades da população. Todavia, a avaliação de desempenho das RAS deve ser apoiada por informações de qualidade e confiáveis provindas do SIS. É necessário, portanto, verificar se as informações disponíveis atendem às necessidades para a construção de indicadores de avaliação de desempenho das RAS. Nesse contexto, o presente artigo busca responder à seguinte questão norteadora: Há compatibilidade de informações entre o Cartão da Gestante e o Sis prenatal? Buscou-se, então, elaborar uma avaliação entre as informações anotadas no Cartão da Gestante e os dados informados no Sis prenatal.

O Sistema de Informação Baseado em Computador (SIBC) é composto por *hardware*, *software*, banco de dados, telecomunicações, pessoas e procedimentos que estão configurados para coletar, armazenar e processar dados em informação (Carvalho ML, Almeida CAL, Marques AKL, Lima FF, de Amorim LMM & Souza JML, 2015; Lemos, Chaves & Azevedo, 2010).

A expansão do uso de Sistemas de Informação (SI) nas mais diversas áreas da sociedade e, concomitantemente, a evolução das necessidades na área da saúde, acarretaram o uso dessas tecnologias para informatizar os dados na área da saúde, com o intuito de registrá-los de forma centralizada e também obter facilmente informações que possam subsidiar as ações governamentais (Daniel, Macadar & Pereira, 2013, p. 149).

Para o monitoramento da assistência pré-natal e puerperal, foi disponibilizado um sistema informatizado o SISPRENATAL/DATASUS, de uso obrigatório nas unidades de saúde, e que possibilita a avaliação da atenção com base no acompanhamento de cada gestante por meio da compatibilização dos dados do Cartão da Gestante, que devem ser inseridos mês a mês no programa, conforme a assistência prestada (Daniel, Macadar & Pereira, 2013). A avaliação da assistência pré-natal e ao puerpério verifica-se por meio de processo, de resultado e de impacto previamente definidos. Esses critérios são os dados contidos no próprio Cartão da Gestante, e que após serem digitalizados no Sis prenatal, os disponibiliza como indicadores de processo por localidade e período.

### 2.3. O Cartão da Gestante (CG)

O Cartão da Gestante foi criado como instrumento da assistência pré-natal e estabelecido pelo Ministério da Saúde por meio da publicação do Catálogo de Assistência Pré-Natal (Brasil, 1998), visando um meio de comunicação entre os profissionais de saúde do nível primário e secundário, estratégia da saúde da família e hospital, e visando também esclarecer as dúvidas das gestantes. Por meio desse documento é possível conhecer o estado de saúde da gestante, bem como identificar e avaliar os fatores de risco do parto. O cartão tem como fundamento preservar a saúde materna e proteger o conceito. Os dados contidos no Cartão da Gestante fornecem subsídios tanto para referência, quanto para a contra referência. Ele está integrado ao plano Sistema Único de Saúde de atenção ao pré-natal como forma de armazenar informações da gestante, ou seja, deve ser utilizado pelos profissionais de saúde tanto em unidades básicas como em hospitais, facilitando uma melhor assistência.

O início do preenchimento do Cartão da Gestante ocorre já na primeira consulta de pré-natal, quando é obrigatória a inserção dos dados pessoais e obstétricos que enfatizam as principais informações do binômio mãe-feto, e que vão sendo complementados a cada consulta. Tais dados serão totalmente completos no âmbito hospitalar, quando a gestante ganha bebê, com informações referentes ao parto e ao recém-nascido. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012; Brasil, 2014), as informações inseridas na caderneta apoiam o profissional no diálogo com a gestante e nas ações de educação em saúde, e ajudam a gestante a esclarecer dúvidas, se preparar para o parto e a amamentação, conhecer seus direitos, os sinais de alerta, entre outros. Seu devido preenchimento é essencial para qualificar a atenção e o cuidado pré-natal, além de garantir que as gestantes tenham acesso a informações adequadas para vivenciarem uma gravidez e um parto saudáveis.

### 2.4. O Sisprenatal

Juntamente com o Cartão da Gestante fornecido na primeira consulta, os mesmos dados também são cadastrados em um *software* de informação do programa na *web*, o Sistema de Acompanhamento da Gestante (Sisprenatal), que é um *software* desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde.

No Sis prenatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério por todos que acessarem o programa. Durante o acompanhamento pré-natal, os dados colhidos nas consultas médicas e de enfermagem alimentarão o Sis prenatal por meio das Fichas de Cadastro das Gestantes (FCG) e das Fichas de Registro Diário do Atendimento das Gestantes (FRDAG), bem como o Cartão da Gestante, importante instrumento utilizado nas consultas e no momento da internação para a realização do parto (Brasil, 2011; Brasil, 2014).

O sistema apresenta um número mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Já atendeu mais de 3 milhões de gestantes em todo o Brasil e está presente em mais de 5 mil municípios. Ainda, o sistema traz como benefícios: informações fundamentais para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; melhora o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal; e permite o repasse do incentivo financeiro aos municípios. Quando devidamente preenchido torna-se funcional, pois monitora e avalia as ações programáticas; cadastra dados diversos sobre os procedimentos envolvidos na assistência pré-natal, desde a primeira consulta, exames, vacina antitetânica, acompanhamentos e consulta de puerpério; permite acompanhamento de gestação de alto-risco; gera relatório de indicadores, e cerca de 40 relatórios de acompanhamento. O sistema também disponibiliza registro diário dos atendimentos às gestantes; gera fatura para o SIA-SUS para posterior pagamento extra teto (Cadastro e Conclusão); e disponibiliza numeração para acompanhamento da gestação e geração de incentivo de parto no SIH-SUS.

No caso do PHPN, o Ministério da Saúde recomenda a utilização dos seguintes indicadores de processo: trimestre de início do acompanhamento; percentual de mulheres inscritas no pré-natal em relação ao número de nascidos vivos; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos e a consulta puerperal; percentual de mulheres inscritas que fizeram

o teste anti-HIV; percentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos, consulta puerperal, teste anti-HIV, e a dose imunizante da vacina antitetânica.

Desde sua implantação, os dados nacionais referentes ao PHPN ainda refletem baixa cobertura, com grandes variações por região do País. Todos os dados dos municípios brasileiros são inseridos no DATASUS a partir da alimentação local do Sisprenatal. O programa disponibiliza instrumentos de coleta (planilhas semanais e fichas de cadastro), e as informações devem ser digitadas posteriormente. Qualquer entrave na transcrição de dados, do acompanhamento da gestação do Cartão da Gestante para a planilha, e dessa para o sistema, pode resultar em informação incompleta ou indisponível (da Rosa CQ, da Silveira DS & da Costa JSD, 2014; Andreucci, Cecatti, Macchetti & Sousa, 2011)

### **3. Metodologia**

O presente estudo é descritivo, de natureza e abordagem quantitativa. A pesquisa documental se caracteriza pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, ou seja, são fontes primárias (Spink, Menegon VM & Medrado, 2014; Bussab & Moretti, 2002; Soares & Siqueira, 2002). Já nos estudos quantitativos, são utilizados instrumentos de medida que permitem assegurar a confiabilidade dos achados, com quantificação dos dados, principalmente quando há necessidade de comparação do evento (Leopardi, 2002).

#### **3.1. Local e período da realização do estudo**

O estudo foi realizado em um Pronto Socorro Obstétrico localizado na Zona Leste da cidade de São Paulo – SP, Brasil, com uma população de 150 gestantes, as quais deram entrada no referido local para consulta. Nesta fase, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser gestante que realizou consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família; ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) na ocasião do parto; estar portando o Cartão da Gestante; além de apresentar gestação a termo (entre 37 e 41 semanas e 6 dias), pois aumenta a

probabilidade de os cartões analisados espelharem de modo mais fidedigno e completo o processo da assistência. A ausência de qualquer dado considerado obrigatório caracterizou a incompletude.

### 3.2. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2015. A amostra estudada foi caracterizada de acordo com os dados publicados pela CEINFO (São Paulo, 2015), que apontam a mortalidade infantil no Município de São Paulo - SP em 2013, com as seguintes estatísticas: 67,4% dos óbitos menores de 1 ano ocorreram com menos de 28 dias e desses, 68,5% antes de 7 dias de vida. Já na mortalidade perinatal, 61,3% foram de óbitos fetais e em relação à mortalidade na infância (menores de 5 anos), 87,7% dos óbitos ocorreram em menores de um ano, sendo que os maiores coeficientes foram encontrados nas Coordenadorias Regionais de Saúde Leste, Norte e Sul. Quanto às fichas de coleta de dados, essas foram elaboradas com as variáveis relacionadas a partir das fontes de informação de um roteiro baseado nas normas do Ministério da Saúde, no qual eram assinaladas em forma de *check-list* (Figura 1) as informações registradas nos cartões de pré-natal, registros completos a cada consulta pré-natal, verificação das anotações de doenças preexistentes, os exames laboratoriais, e a legibilidade dos dados. Os dados foram colhidos pelos próprios autores do estudo.

Para investigar dados dos cartões relacionados aos determinantes obstétricos, foram elaborados o *check-list* (Figura 1), que contém as informações do Cartão da Gestante que também deverão estar digitadas no Sisprenatal, para com isso serem comparadas. O Cartão da Gestante contém as informações produzidas pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família, informações estas que caracterizam o acompanhamento do pré-natal, que posteriormente são digitados no sistema de informação pré-natal, do banco de dados da cidade de São Paulo - SP. O referido município tem o seu próprio Cartão da Gestante. No entanto, durante a coleta, percebeu-se que os cartões ainda não eram uniformizados, tendo sido encontrado Cartões das Gestantes com preenchimentos diversificados. É importante considerar ainda que, a maioria das gestantes estava utilizando o cartão do município e, por isso, foi preferível se

basear nele para elaborar as fichas de coleta de dados. Assim, a compatibilização dos dados do Cartão da Gestante se deu a partir da consulta ao banco de dados do Sis prenatal.

**Figura 1 - Checklist das informações do Cartão da Gestante, que também deveriam estar digitadas no Sis prenatal.**

Nome:	DN: __/__/__	idade:
Nº SISPRENATAL:	Nº SUS:	
Unidade Básica:	Hospital Referência:	
Nome do médico:	Nome do Enfermeiro:	
Antecedentes Obstétricos:	Tipo de Parto e quantidade:	
Gesta: _____	Parto Normal: _____	
Paridade: _____	Aborto:	Parto Cesárea: _____
_____		Parto Fórceps: _____
Ectópicas: _____	Idade Gestacional que iniciou o Pré Natal:	
Anembrionadas: _____		

DUM:	DPP:
ABO:      RH:      Coombs indireto:	Sensibilizada: ( ) sim ( ) não Recebeu imunoglobulina: ( ) sim ( ) não
Complicações em gestação anterior:	( ) sim ( ) não – Qual:
Complicações em gestação atual:	( ) sim ( ) não – Qual:
Em uso de vitaminas:	( ) sim ( ) não – Qual:
Em uso de medicamentos:	( ) sim ( ) não – Qual:
<b>Ultrassonografias:</b>  1º trimestre: ( ) sim ( ) não  2º trimestre: ( ) sim ( ) não  3º trimestre: ( ) sim ( ) não	<b>Consultas:</b>  0 a 5 ( ) sim ( ) não  0 a 6 ( ) sim ( ) não  0 a 7 ( ) sim ( ) não  0 a 8 ( ) sim ( ) não  0 a 9 ( ) sim ( ) não  0 a 10 ( ) sim ( ) não  mais de 10 ( ) sim ( ) não
As consultas foram intercaladas entre médico e enfermeiro: ( ) sim ( ) não	Houve algum cancelamento da consulta:  ( ) sim ( ) não
Houve algum intervalo maior que 60 dias entre as consultas:  ( ) sim ( ) não	<b>Exames:</b>  HIV 1º trimestre ( ) sim ( ) não  HIV 30 semanas ( ) sim ( ) não
<b>Exames:</b>  VDRL 1º trimestre ( ) sim ( ) não  VDRL 30 semanas ( ) sim ( ) não	<b>Exames:</b>  Hepatite – HbsAg ( ) sim ( ) não
<b>Exames:</b>  Toxoplasmose 1º trimestre ( ) sim ( ) não  Toxoplasmose 30 semanas ( ) sim ( ) não	<b>Exames:</b>  Hb/Ht 1ª Coleta: ( ) sim ( ) não  Hb/Ht 30 semanas: ( ) sim ( ) não
<b>Exames:</b>  Urina1 1ª Coleta: ( ) sim ( ) não  Urina 1 - 30 semanas: ( ) sim ( ) não	<b>Exames:</b>  Urocultura: ( ) sim ( ) não
<b>Exames:</b>  Glicemia 1ª Coleta: ( ) sim ( ) não  Glicemia - 30 semanas: ( ) sim ( ) não	<b>Exames:</b>  Curva de tolerância a glicose TOTG 75g:  ( ) sim ( ) não

	Tratamento: ( ) sim ( ) não
Peso Inicial:	Peso no momento:          Altura:
Cor: Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Preta ( ) Indígena ( )	Ocupação: _____ Trabalha fora: ( ) sim ( ) não

Fonte: Elaboração própria.

Os dados foram coletados diretamente do computador utilizado por uma enfermeira responsável pela digitação dos dados do Sis prenatal em uma Unidade Básica de Saúde, e a conferência dos dados foi acompanhada pela mesma, a fim de evitar erros no manuseio do programa. O procedimento de coleta nessa etapa consistiu na comparação dos dados do sistema com os dados coletados no cartão. No caso do número do Sis prenatal não ser encontrado no sistema, a gestante foi considerada como não cadastrada. As variáveis avaliadas e compatibilizadas no estudo foram: 1) Variáveis relativas às gestantes: data de nascimento, endereço, etnia, escolaridade, estado civil, data da última menstruação (DUM), idade gestacional que iniciou o pré-natal, dados perinatais, patologias pregressas da gestante e da família, imunização, antecedentes obstétricos, data provável do parto, altura, peso anterior à gestação, gravidez atual. 2) Realização das ações obrigatórias do acompanhamento pré-natal: anotações de todos os dados relacionados às consultas (data, idade gestacional, peso, pressão arterial, altura do fundo do útero, batimentos cardíofetais – BCFs, movimentos fetais, assinatura do profissional que realizou a consulta, anotação dos exames obrigatórios), preenchimento dos gráficos de acompanhamento nutricional e da altura uterina. 3) Dados relacionados às consultas: registros do agendamento (data, hora, nome do profissional que realizou a consulta), realização de consultas intercaladas, qual profissional realizou a primeira consulta. 4) Dados relacionados ao Sis prenatal: número do cadastro no Sis prenatal, número de consultas realizadas, exames obrigatórios, administração da vacina antitetânica.

### 3.3. Análises dos dados

A análise dos dados foi dividida em duas etapas: a primeira etapa teve como base o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde quanto aos requisitos



obrigatórios que devem constar no Cartão da Gestante e no banco de dados da *web* do Sis prenatal. A avaliação incluiu os exames laboratoriais classificados como básicos pelo PHPN: tipagem ABO-Fator Rh, hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), glicemia em jejum, VDRL, urina tipo 1, teste anti-HIV e sorologia para hepatite (Brasil, 2014). Considerou-se como adequado o atendimento pré-natal que preenchesse os seguintes critérios: início anterior a 17 semanas gestacionais; um número mínimo dos procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios (AU, IG, PA e peso maternos: cinco ou mais registros; BCFs: quatro ou mais registros; apresentação fetal: dois ou mais registros) e dos exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Ht: um registro; glicemia, VDRL e urina tipo 1, Anti-HIV, HBsAg: dois registros); seis ou mais consultas; realização de consultas intercaladas entre médico e enfermeiro. Sendo assim, a inadequação foi caracterizada pela ocorrência de, pelo menos, uma das seguintes condições: início após 28 semanas de gestação; duas ou menos consultas; duas ou menos anotações de AU, IG, PA, peso e BCFs ou nenhum registro da apresentação fetal; nenhuma anotação de exame laboratorial; consultas não sendo intercaladas.

A segunda etapa consistiu em comparar os dados obtidos do Cartão da Gestante com o registro do Sis prenatal. Para a compilação das variáveis, foi utilizado o programa EPI INFO versão 7. Os dados foram tabulados, analisados mediante estatística avaliativa e, em seguida, os resultados dispostos em tabelas ilustrativas e discutidos conforme a literatura pertinente.

#### **4. Resultados Obtidos e Análise**

A Figura 2 apresenta informações obtidas no CG comparadas ao Sis prenatal. Houve diferença entre todos os parâmetros analisados, exceto em relação à frequência da Idade Gestacional do início do pré-natal. Os registros no Cartão da Gestante apresentam-se significativamente maiores do que no Sis prenatal. Principalmente se for observada a diferença da segunda rotina de exames.

**Figura 2 - Cobertura do atendimento, segundo requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, por fonte de informação.**

Requisitos mínimos	Cartão da Gestante		Sis prenatal	
	n	%	n	%
Início do pré-natal até 17 semanas (120 dias)	76	88.37	82	95.34
Quantidade de no mínimo 6 consultas no pré-natal	81	94.18	78	90.69
<b>Exames de 1ª rotina</b>				
Tipagem sanguínea	86	100	70	81.39
Hb e Ht	85	98.83	71	82.56
Glicemia de jejum	83	96.51	69	80.23
HIV	86	100	83	96.51
VDRL	86	100	78	90.69
Urina 1	80	93.02	77	89.53
Todos exames básicos	85	98.83	58	67.44
HBsAG	78	90.69	66	76.74
<b>Exames 2ª rotina (30 semanas)</b>				
Hb e Ht	31	36.04	10	11.62
Glicemia de jejum	24	27.90	19	22.09
HIV	56	65.11	33	38.37
VDRL	44	51.16	25	29.07
Urina 1	12	13.9	4	4.6
Todos exames básicos	5	5.8	3	3.4
HBsAG	15	17.44	6	6.9
Imunização contra tétano (VAT)	12	13.95	10	11.62
<b>Total</b>	<b>86</b>		<b>86</b>	

Fonte: Elaboração própria.

Dentre a população de 150 cartões analisados, foram encontrados 60 casos de não cadastro no Sis prenatal e 3 com o registro incorreto ou ausente no cartão (Hb: hemoglobina; Ht: hematócrito; VDRL: reação sorológica para sífilis; HBsAg: antígeno da Hepatite B; VAT: Vacina antitetânica). Os resultados do presente estudo demonstram uma subnotificação de procedimentos no Sis prenatal em relação aos dados contidos no Cartão da Gestante, e que realmente foram realizados. A discrepância entre os dados das duas fontes de informação, sobre o acompanhamento do pré-natal da zona leste de São Paulo - SP, mostrou possíveis falhas na inserção do registro. Segundo Viacava, Ugá, Porto, Laguardia & Moreira (2012), o comportamento dos indicadores utilizados para avaliar o desempenho dos serviços de saúde no Brasil não é uniforme, e as melhorias mais acentuadas são observadas naqueles

influenciados pela atuação dos serviços no campo da atenção primária, com as mais significativas observadas nas subdimensões Efetividade e Acesso.

Apesar da cobertura do pré-natal ter sido superior a 90% em ambas as fontes de informação, a compatibilidade entre os dois meios de informação, ocorreram em apenas 20% dos casos. Na comparação de ambas as fontes, o Cartão da Gestante exibiu melhor notificação do que o Sis prenatal.

## 5. Considerações Finais

Considerando os resultados, e entendendo que ambas as fontes de informação fornecem dados e indicadores que subsidiam decisões para novas estratégias de planejamento sobre a assistência de pré-natal e puerperal, cabe aqui um alerta sobre a necessidade da correta utilização dos programas de informação do PHPN. Sugere-se ainda a necessidade de averiguação das condições locais e regionais onde esses dados deveriam ser inseridos para identificar possíveis falhas no processo de inserção dos dados no sistema da *web* Sis prenatal. Em um país emergente como o Brasil, a correta inserção dos dados, pode fazer grande diferença nos indicadores que norteiam a assistência pré-natal e puerperal.

As informações contidas no cartão da gestante são necessárias para a equipe de saúde, pois contém dados clínicos e laboratoriais relevantes para o seguimento no pré-natal e para o momento do parto. No entanto, apesar da informação estar registrada no cartão da gestante, ela não está disponível no sistema de informação Sis prenatal. Os motivos que podem justificar esta discrepância precisam ser estudados e compreendidos, e novos fluxos de trabalho estabelecidos para que todas as informações existentes sejam disponibilizadas e utilizadas pelos gestores.

Sistemas de informação integrados podem contribuir para a solução do problema e melhorar a eficiência. A simplificação dos processos e registro *online* dos parâmetros de avaliação do pré-natal, no momento em que são efetivamente realizados, podem trazer benefícios e melhorar a uniformidade e disponibilidade em todos os pontos de atendimento médico hospitalar, incluindo os atendimentos eletivos, de urgência e emergência, e da assistência perinatal.

## 6. Referências Bibliográficas

---

- ANDREUCCI, C. B., Cecatti, J. G., Macchetti, C. E. & Sousa, M. H. (2011). Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), 854-863.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1998). *Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Portaria No. 569, de 01 de junho de 2000*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). SISPRENATAL [Software]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2015, de <http://www.saude.gov.br/Sisprenatal>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste – Rede Cegonha*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Humanização do parto e do nascimento– Caderno Humaniza SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- BUSSAB, W. O. & Morettin, P. A. (2002). *Estatística Básica*. São Paulo: Saraiva.
- CARVALHO, M. L., Almeida, C. A. L., Marques, A. K. L., Lima, F. F., de Amorim, L. M. M., & Souza, J. M. L. (2015). Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar*, 8(2), 178-184.
- COSTA, A. S., Nascimento, A. V., Cruz, E. B., Terra, L. L. & Silva, M. R. (2013). O uso do método estudo de caso na Ciência da Informação no Brasil. *InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação*, 4(1), 49-69.
- COUTINHO, T., Monteiro, M. F. G., Sayd, J. D.; Teixeira, M. T. B., Coutinho, C. M. & Coutinho, L. M. (2010). Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(11), 563-9.
- DANIEL, V. M., Macadar, M. A. & Pereira, G. V. (2013). O Sistema de Informação sobre Mortalidade e seu Apoio à Gestão e ao Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 148-173.
- LEMOS, C., Chaves, L. D. P. & Azevedo, A. L. C. S. (2010). Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 177-185.

- LEOPARDI, M. T. (2002). *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Santa Maria, RS: Palotti.
- OLIVEIRA, Cátia Martins de, & Cruz, Marly Marques. (2015). Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, 39(104), 255-267.
- MARTINELLI, K. G. (2014). Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. CEP, 29040, 090.
- PASCHE, D. & Passos, E. (2010). Apresentação, cadernos temáticos PNH: formação em humanização. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização – Caderno Humaniza SUS: formação e intervenção* (pp.05-12). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
- PANITZ L. Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
- ROSA, C. Q. D., Silveira, D. S. D., & Costa, J. S. D. D. (2014). Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Revista de Saúde Pública*, 48(6), 977-984.
- SPINK, M. J., Menegon, V. M., & Medrado, B. (2014). Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Revista Psicologia & Sociedade*, 26(1).
- São Paulo. Sistema único de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. (2015). Aspectos da mortalidade no município de São Paulo, 2013. *Boletim Eletrônico da CEInfo*,(1).
- SOARES, J. F. & Siqueira, A. L. (2002). *Introdução à estatística médica*. Belo Horizonte: UFMG.
- VIACAVA, F., Ugá, M. A., Porto, S., Laguardia, J., & Moreira, R. S. (2004). Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(4), 921-934.