



# **SISPRENATAL**

**Manual de Preenchimento dos Formulários de  
Cadastro e Consulta, Exames e Vacinas**

Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde/SMS  
Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde/CGVS  
**Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Agravos e Doenças Não Transmissíveis**

**Setembro de 2009**

Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
**José Fogaça**  
Prefeito

Secretaria Municipal de Saúde/SMS -  
**Eliseu Santos**  
Secretário

Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde / CGVS -  
**José Ângelo Moren dos Santos**  
Coordenação

Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Agravos e Doenças Não Transmissíveis  
**Maria Isabel de Rose de Souza**  
Coordenação

SISPRENATAL Porto Alegre  
**Sirlei Fajardo**  
Coordenação

## **SISPRENATAL**

### **Manual de Preenchimento dos Formulários de Cadastro e Consulta, Exames e Vacinas**

#### **APRESENTAÇÃO**

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde(MS) por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, com o objetivo de assegurar melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania.

O SISPRENATAL é coordenado pela Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Agravos e Doenças Não Transmissíveis.

#### **PRIORIDADES**

- Reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, peri e neonatal registradas no país.
- Assegurar acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.
- Ampliar as ações do MS na área de atenção à gestante, investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, ações como Maternidade Segura;
- Implementar projeto de capacitar parteiras tradicionais.
- Destinar recursos para treinamento e capacitação de profissionais ligados a esta área de atenção.
- Realizar investimentos em unidades hospitalares.

## ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL E ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PUÉRPERA

### ATIVIDADES

- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação.
- Realizar um mínimo de seis consultas de acompanhamento durante a gestação. Preferencialmente, uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro.
- Realizar uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
- Realizar exames laboratoriais segundo a tabela:

Quadro 1  
**EXAMES LABORATORIAIS**

Exame	1º trimestre	3º trimestre
ABO-RH		
VDRL		
Urina (EQU/urocultura)		
Glicemia de jejum		
Hb/Ht		
Anti-HIV		
HbsAg		
IgG e IgM para Toxoplasmose		Somente se 1º IgG for negativo
Anti-HCV (para pacientes de risco)		

- Realizar vacinação antitetânica

Quadro 2 -  
**Vacina Antitetânica preconizada para gestantes**

Imunizada	Vacinada em um intervalo menor de 5 anos
Reforço	A cada 5 anos no caso de nova gravidez
Imunizar	Se esquema vacinal não estiver completo

- Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN (Sugerimos estabelecer uma estratégia de identificação das beneficiárias do Programa Bolsa Família para facilitar o acompanhamento desta gestante).
- Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais.
- Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama.
- Tratamento das intercorrências da gestação.
- Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subseqüentes.
- Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado.
- Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
- Realizar atividades educativas.

## **FLUXO DAS FICHAS DE CADASTROS E CONSULTAS, EXAMES E VACINAS**

### **Material Impresso**

Em janeiro de 2008 foram criadas novas séries numéricas com o objetivo de disponibilizar números suficientes para que todos os municípios tenham uma numeração com folga suficiente para as suas gestantes. A nova série numérica passou a ter onze dígitos.

- As fichas: Ficha de Cadastramento da Gestante (mod. S 500) e Ficha de Cadastro de Consultas, Vacinas e Exames (mod. 524) são distribuídas pela Equipe de Material (EMAT) aos serviços de saúde, mediante solicitação no pedido mensal de impressos.
- Após o preenchimento as fichas enviadas semanalmente para CGVS/Equipe de Vigilância de Eventos Vitais (Av. Padre Cacique, 372 - 5º andar frente).

- A equipe do SISPRENATAL é responsável pela qualificação e digitação dos dados. Sempre que necessário, fará contato com os serviços por telefone, buscando recuperar os campos não preenchidos ou as informações inconsistentes ou ainda devolverá a ficha, com bilhete anexo, solicitando a qualificação dos dados que faltem.
- É importante que o responsável pelo pré-natal no serviço de saúde revise as fichas, quanto ao seu correto preenchimento, antes de enviá-las ao CGVS, evitando reenvio das mesmas.
- Observar sempre o endereço no envelope. Em caso de envelopes reaproveitados observar se o endereço está legível e claramente identificado.
- Em caso de dúvida entrar em contato com a equipe do SISPRENATAL pelo fone 3289-2465.

### **Instruções de Preenchimento**

**ATENÇÃO:** Preencher com letra legível a caneta todos os campos de cada ficha. Lembramos que essas informações serão digitadas no banco de dados do SISPRENATAL.

## FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE (mod.S 500)

A ficha de cadastramento da Gestante será utilizada na primeira consulta de pré-natal e utilizada para o cadastramento da gestante.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
1 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE	2 - CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO NO CNES
3 - NOME DO MUNICÍPIO	4 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO NO IBGE
5 - SIGLA DA UF	6 - CÓDIGO DA UF NO IBGE
RS	43

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE	
7 - Nº DA GESTANTE NO SISPRENATAL	8 - GESTANTE ACOMPANHADA PELO PSF
9 - NOME DA GESTANTE	10 - DATA DE NASCIMENTO
11 - RAÇA/COR	11 - MICROÁREA:
<input type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDAS <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA	/ /
12 - NOME DA MÃE DA GESTANTE	
13 - ENDEREÇO RESIDENCIAL	
TELEFONE	BAIRRO
MUNICÍPIO	CEP

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS	
14 - NÚMERO DO CARTÃO SUS	15 - NÚMERO DO CPF
16 - CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO	
NOME DO CARTÓRIO:	LIVRO: FOLHA:
17 - NÚMERO DA IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR
18 - NÚMERO DA CARTEIRA DO TRABALHO	SÉRIE UF

CAMPOS COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	
19 - DATA DA 1ª CONSULTA PRÉ-NATAL	20 - DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO
/ /	/ /
21 - RESPONSÁVEL PELA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL	

ATIVIDADE PROFISSIONAL	
AS SINALAR A ATIVIDADE PROFISSIONAL DO RESPONSÁVEL PELA PRIMEIRA CONSULTA, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO):	
<input type="checkbox"/> 223606 - ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/> 223116 - CLÍNICA GERAL
<input type="checkbox"/> 223132 - GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	<input type="checkbox"/> 223118 - MÉDICO DE P8F
<input type="checkbox"/> 2236C1 - ENFERMEIRO DE P8F	<input type="checkbox"/> 2236C2 - ENFERMEIRO DO PACS
<input type="checkbox"/> 223646 - ENFERMEIRO OBSTETRA	

"DROGAS: A VIDA É MELHOR SEM ELAS"

( 148 x 210mm - B: 1x 50) A-COMA, MCO, S-503

## **Campos de Preenchimento Obrigatório**

### **Bloco I – Identificação da Unidade de Saúde**

**Campo 1-** Identificar a Unidade de Saúde, sem a identificação do serviço não é possível cadastra-lá.

**Campo 2-** Identificar a unidade de Saúde com o Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

### **Bloco II – Identificação da Gestante**

**Campo 7- Número do SISPRENTAL** - que foi destinado a gestante. Esse número também deverá ser registrado na carteira da gestante.

**Campo 9- Nome da gestante** - registrar o nome completo

**Campo 10 - Data de nascimento:** registrar dia, mês e ano, esse dado ajuda a excluir os homônimos (pessoas que tenham o mesmo nome).

**Campo 11- Raça/Cor** – A lei diz que a pessoa deve autodenominar sua raça/cor.

**Campo 12 - Nome da mãe da gestante completo:** ajuda a excluir os homônimos (pessoas que tenham o mesmo nome).

**Campo 13 - Endereço Residencial:** registrar Rua, número, complemento, telefone, bairro, município e CEP. Fundamental para localizar a gestante.

### **Bloco III – Documentos**

Preencher a ficha de cadastro mesmo que a gestante não apresente documento de identidade. Contudo sempre que possível solicitar e registrar o documento no preenchimento da ficha de cadastro.

### **Bloco IV – Campos de Preenchimento Obrigatório**

**Campo 19** – Data da Primeira Consulta de pré-natal: registrar dia, mês e ano. Esse campo permite o cálculo, do ingresso da gestante no programa, no período preconizado. Nesse campo deve-se observar para a gestante ser cadastrada quando tiver no **mínimo 28** dias de gestação, se a gestação for menor de 28 dias o sistema não permite o cadastro da gestante.

**Campo 20** – Data da Última Menstruação (DUM): registrar dia, mês e ano. Esse campo permite o cálculo pelo programa do ingresso no período preconizado. Se a gestante não souber informar com precisão a DUM, deve-se tentar que ela lembre aproximadamente a

data ou pelo menos o mês, e registrar dia 15 do mês que ela informa, assim não estaremos inventado a informação e a gestante poderá ser cadastrada.

O SISPRENATAL tem se deparado com situações onde o pré-natalista não informa a DUM da gestante porque essa se apresenta em situação de amenorréia (engravidou ainda no período do puerpério, faz uso de anticoncepcional que suprime a menstruação), a ausência da informação da DUM não permite o cadastro desta gestante no sistema.

Por esse motivo fica estabelecido como norma que na falta da informação da DUM o pré-natalista deve usar a altura uterina para determinar aproximadamente a DUM da gestante.

**Campo 21** – Marcar o código e descrição da atividade profissional da saúde que realizou a consulta, conforme a Classificação Brasileira de Ocupação (CBOS). **Os profissionais que realizam o pré-natal devem estar cadastrados para essa atividade. O não preenchimento ou preenchimento incorreto glosa o pagamento do incentivo.**

**Observação:** Os campos 19 e 20 geram a informação para o incentivo financeiro do programa.

## FICHA DE CADASTRO DE CONSULTAS, VACINAS E EXAMES (mod S 524)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### CADASTRO DE CONSULTAS, VACINAS E EXAMES

NOME DA PACIENTE	
CÓDIGO NO SISPRE - NATAL	UNIDADE DE SAÚDE
DATA DA CONSULTA	CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO NO CNES
TIPO DE CONSULTA	
<input type="checkbox"/> 1 - PRÉ-NATAL <input type="checkbox"/> 2 - PUERPERIO <input type="checkbox"/> BAIXO <input type="checkbox"/> ALTO	
TIPO DE PARTO	
<input type="checkbox"/> DOMICILIAR <input type="checkbox"/> HOSPITALAR	
INTERRUPÇÃO - MOTIVO:	
<input type="checkbox"/> 01 - ABORTAMENTO <input type="checkbox"/> 02 - CONVÊNIO / PARTICULAR <input type="checkbox"/> 03 - MUDANÇA DE ENDEREÇO PARA OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> 04 - ÓBITO MATERNO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS: _____	
EXAMES/RESULTADOS	
<input type="checkbox"/> ABO	<input type="checkbox"/> TTG JEJUM <input type="checkbox"/> < 85 mg/dl <input type="checkbox"/> de 85 a 110 mg/dl <input type="checkbox"/> > 110 mg/dl <input type="checkbox"/> TTG APÓS 2 HORAS <input type="checkbox"/> 140 mg / dl <input type="checkbox"/> > 140 mg / dl
<input type="checkbox"/> HB	<input type="checkbox"/> HT
<input type="checkbox"/> 1ª URINA	<input type="checkbox"/> 2ª URINA
<input type="checkbox"/> 1ª GLICEMIA JEJUM	<input type="checkbox"/> 2ª GLICEMIA JEJUM
<input type="checkbox"/> < 85 mg/dl <input type="checkbox"/> de 85 a 110 mg/dl <input type="checkbox"/> > 110 mg/dl	<input type="checkbox"/> < 85 mg/dl <input type="checkbox"/> de 85 a 110 mg/dl <input type="checkbox"/> > 110 mg/dl
1ª VDRL <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente	2ª VDRL <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente
1ª HBSAG <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente	2ª HBSAG <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente
1ª HIV <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente	2ª HIV <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente
1ª IGG(toxo) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente	2ª IGG(toxo) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente
1ª IGM(toxo) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente	2ª IGM(toxo) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente
VACINAÇÃO	
<input type="checkbox"/> 1ª DOSE <input type="checkbox"/> 2ª DOSE <input type="checkbox"/> 3ª DOSE	
ATIVIDADE PROFISSIONAL	
ASSINALAR A ATIVIDADE PROFISSIONAL DO RESPONSÁVEL, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO):	
<input type="checkbox"/> 223606 - ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/> 223116 - CLÍNICA GERAL
<input type="checkbox"/> 223132 - GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	<input type="checkbox"/> 223118 - MÉDICO DE P&F
<input type="checkbox"/> 2236C1 - ENFERMEIRO DE P&F	<input type="checkbox"/> 2236C2 - ENFERMEIRO DO PACS
<input type="checkbox"/> 223646 - ENFERMEIRO OBSTETRA	
OBSERVAÇÕES	

**\*DROGAS: A VIDA É MELHOR SEM ELAS\***

(149 x 210mm - Bl. 1 x 50) A-CGMA, MCO, S-524

## **Campos de Preenchimento Obrigatório**

### **Bloco I – Identificação**

**Campo Nome da paciente-** registrar o nome completo

**Campo Nº SISPRENATAL** - que foi destinado a gestante . Esse número também deverá ser registrado na carteira da gestante.

**Campo Unidade de Saúde** - Identificar a Unidade de Saúde.

**Campo Tipo de consulta** - Identificar o tipo de consulta: Pré-natal ou Puerpério.

**Observação:** As eventuais consultas de pré-natal ou puerpério de usuárias que realizem o acompanhamento em outro serviço de saúde devem ser preenchidas na mesma ficha e enviadas para o registro no sistema.

**Risco Gestacional** – Informar se a gestante apresentar risco.

**Campo Tipo de Parto** - Descrição do tipo de parto.

**Campo Interrupção** - Tipo de interrupção do acompanhamento do pré-natal se houver identificar quando abortamento, mudança de endereço, migração para convênio ou óbito materno.

**Observação:** Quando houver mudança de endereço da gestante, ela permanecerá no sistema segundo o serviço de saúde de origem do cadastro.

### **Bloco II Exames e Resultados**

**Campo Exames** - Preencher o resultado dos exames. Não é necessário repetir resultado de exames que já foram informados.

### **Bloco III Vacinação**

**Campo Vacinação** - Registrar a situação vacinal da gestante após a administração da vacina. É importante ter um sistema de referência e contra-referência com a sala de vacina para considerar a gestante imunizada.

### **Bloco IV**

**Atividade Profissional** – Marcar o código e descrição da atividade profissional da saúde que realizou a consulta, conforme a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO). **Os profissionais que realizam o pré-natal devem estar cadastrados para essa**

**atividade. O não preenchimento ou preenchimento incorreto glosa o pagamento do incentivo.**

## **Bloco V**

Pode ser utilizado para observações ou informações que achar importante.

### **PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

A gestante diagnosticada como de alto risco deve ser encaminhada para o ambulatório de pré-natal de alto risco. Nesse encaminhamento é necessário identificar o número da gestante no SISPRENATAL, o número será utilizado para a continuidade do registro das consultas no sistema pelo serviço especializado.

**Observação:** Todas gestantes de alto risco encaminhadas ao ambulatório especializado devem ser monitoradas pelo serviço de saúde de referência que a encaminhou. Sugere-se que mantenham a continuidade de atividades como: agendamento de retorno ao serviço de saúde para confirmação do seu acompanhamento no pré-natal de alto risco e/ou a manutenção da sua participação em grupo educativo no serviço de saúde.

### **CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

- Será considerada realizada ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL quando a gestante for cadastrada no período correto (até o 4º mês de gestação), este cadastro reverte em pagamento individual de R\$ 10,00 ao Fundo Municipal de Saúde a título de incentivo. Será pago incentivo quando realizadas e registradas no SISPRENATAL 6 consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério.
- O ciclo de atenção a gestante em pré-natal encerra após a consulta de puerpério.
- O cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa, e a devida alimentação do SISPRENATAL, gerará automaticamente o pagamento do Boletim de

Produção Ambulatorial (BPA) para o SIA/SUS, permitindo o pagamento de R\$ 40,00 reais por gestante ao Fundo Municipal de Saúde.

## **ANEXOS**

### **Legislação referente ao Programa de Humanização no Parto e Nascimento**

As portarias encontram-se em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) /produtos e serviços/outros sistemas/sisprenatal/visite o sítio Sistema de Pré-natal/Portarias ou [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) ; acessar **LEGISLAÇÃO**

- Portaria GM/MS n.º 569 de 01/06/00 - Institui o Programa
- Portaria GM/MS n.º 570 de 01/06/00 - Estabelece incentivos Componente I
- Portaria GM/MS n.º 571 de 01/06/00 - Define o Componente II
- Portaria GM/MS n.º 572 de 01/06/00 – Pagamento do Parto
- Portaria GM/MS n.º 9 de 5/07/00, republicada em 01/09/00 – Define o Termo de Adesão
- Portaria GM/MS n.º 356 de 22/09/00 – Define o Sistema Regulatório e Destinação de Recursos para investimentos na rede hospitalar
- Portaria Conjunta n.º 27 de 03/10/00 – Fixa os limites por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC, dos adicionais relativos aos procedimentos da Portaria Portaria GM/MS n.º 572/00
- Portaria n.º 766 de 21/12/2004 – Realização do exame VDRL, conforme dispõe as normalizações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, para todas parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas AIH de partos.