



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 1

1.1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A assistência pré-natal oportuna, com a identificação e a intervenção precoce das situações de risco, bem como de uma referência hospitalar acessível e acolhedora, além da qualificação da assistência ao parto, são determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

2.2. O pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, a partir desse momento, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas, no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas é indicado uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode ocorrer até 42 semanas¹⁸.

2.3. A Atenção Primária a Saúde (APS) é o ponto de atenção estratégico para acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez¹⁸.

2.4. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde^{14,18,19}.

2.5. O risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia pode ser calculado no primeiro trimestre, e já existe evidência robusta que o uso de baixas doses de aspirina em mulheres de alto risco para pré-eclâmpsia precoce (que causa maior morbimortalidade materna e neonatal) reduz a incidência desta doença. Contudo, a prevenção da pré-eclâmpsia parece só ter efeito se iniciada antes da 16ª semana de gestação. Sendo assim, o início tardio do pré-natal (após 16 semanas) não permite a introdução eficaz desta medida⁶.

2.6. No caso de pacientes diabéticas ou que desenvolvem diabetes gestacional, estudo realizado no departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto demonstrou claramente os benefícios do controle pré-natal adequado para a gestante diabética quanto aos desfechos do recém-nascido e expôs a necessidade de uma maior integração entre a rede periférica regional e os centros de atenção terciária, permitindo o diagnóstico e o encaminhamento precoce de todos os casos de gestação complicada pelo diabetes⁷.

2.7. Ainda sobre orientações qualificadas, o mesmo se refere aos exames para detectar infecções, como é o caso da toxoplasmose e sífilis. O exame de toxoplasmose no primeiro trimestre de gravidez pode apontar para a condição de susceptibilidade da gestante e indicar necessidade de orientações quanto a ações de prevenção, evitando contaminação durante a gravidez. Além disso, em caso de gestante com infecção aguda, o início precoce do tratamento permite melhores resultados neonatais: em uma meta-análise de 2007, mostrou uma redução de 53% no risco de transmissão vertical com o início de tratamento em até 3 semanas da infecção quando comparado com início após 8 semanas¹.

2.8. Assim, quanto mais precoce o início da triagem para a doença, melhores os resultados. Ainda que o tratamento esteja previsto para início com 16 semanas, sabemos que a performance do teste é melhor até 12 semanas; além disso, considerando-se o tempo necessário após a primeira consulta para coleta de exames, disponibilidade de resultados e retorno ao serviço de saúde, é provável que se atinja mais eficientemente a meta do início do tratamento precoce (com 16 semanas) com o início precoce do pré-natal^{1;2;3}.

2.9. Em relação à sífilis, documento intitulado *The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*², a Organização Mundial da Saúde (OMS) aborda a eliminação global da transmissão de sífilis de mãe para filho, por meio do comprometimento e implementação de quatro pilares estratégicos - advocacy e compromisso político; acesso precoce a cuidados de saúde maternos e neonatais; triagem de todas as mulheres grávidas; vigilância, monitoramento e avaliação. O pilar 2 da estratégia global da OMS menciona explicitamente uma meta de "aumentar a porcentagem de mulheres grávidas que frequentam o pré-natal no início da gravidez", cabendo aos gestores de saúde e comunidade incentivar o comparecimento precoce das gestantes a esses serviços. O documento aponta que a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho pode ser alcançada através do fortalecimento de programas de assistência pré-natal para garantir atendimento precoce a todas as mulheres, com triagem universal para sífilis e tratamento imediato das pessoas infectadas. Ainda no mesmo documento, o tema acessibilidade é tratado enquanto um desafio para o enfrentamento da Sífilis congênita^{2;3}.

2.10. Doenças próprias da gestação, como gravidez ectópica e mola hidatiforme, têm prognósticos diferentes dependendo do momento da realização do diagnóstico. O diagnóstico no primeiro trimestre da mola hidatiforme (MH) permite a diminuição das complicações clínicas, tais como anemia, hiperêmese, pré-eclâmpsia e hipertireoidismo. O diagnóstico precoce da gravidez ectópica é importante para reduzir o risco de ruptura tubária, além de melhorar o sucesso das condutas conservadoras, sendo que atenção especial deve ser dada às pacientes com fatores de risco para esta patologia⁴.

2.11. Se considerarmos as oito consultas recomendadas pela OMS como fator que qualifica o cuidado às gestantes e reduz a mortalidade perinatal podemos concluir que o início do pré-natal para o cumprimento deste calendário de encontros deve ocorrer no primeiro trimestre. Caso a primeira consulta de pré-natal aconteça após a 20ª semana de gestação, as oito consultas não serão realizadas e os exames só serão avaliados, na melhor das hipóteses, em torno da 24ª ou 25ª semana de gestação. Além de retardar o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, há perda de oportunidade para formação de vínculo entre as equipes de atenção pré-natal e as gestantes, fundamental para detecção de problemas vivenciados pelas mulheres e famílias e para possibilitar abordagens educativas mais amplas neste período^{2;3;20}.

2.12. Diante do exposto, o indicador "Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação" permite avaliar o quanto antes problemas ligados a gestação, parto e puerpério passíveis de controle ou de cura, causando grande impacto para a morbimortalidade materna no país.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

3.1. O indicador "Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação" tem por objetivo mensurar o acesso das gestantes ao pré-natal na APS com início precoce e atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar precocemente as gestantes residentes na sua área de abrangência para realização do acompanhamento pré-natal, visando apoiar a diminuição da mortalidade materna e neonatal.¹⁸

3.2. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Durante as consultas de pré-natal é possível identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, e problemas

fetais, como má formação. Uma vez diagnosticados permitem medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, e nos casos de problemas fetais em fases iniciais, é possível o tratamento intraútero proporcionando ao recém-nascido uma vida normal.

3.3. O indicador é constituído por variáveis relacionadas ao processo de cuidado da gestante na APS, tendo como marcadores, o início precoce e a realização da consulta do pré-natal, estratégias essenciais para prevenção de mortalidade materna e neonatal. Desta forma, reafirma-se que, além do acesso precoce, é importante que a gestante receba atendimento individual com equipe médica ou de enfermagem, seguindo o Caderno de Atenção Básica 32: *Atenção ao pré-natal de baixo risco*¹⁸.

3.4. Vale destacar a importância da abordagem integral realizada pela equipe da APS, em que se espera, a realização de um atendimento que inclua anamnese, exame físico direcionado, solicitação ou avaliação de exames complementares, atualização da Caderneta da Gestante e agendamento das consultas subsequentes, considerando suplementação vitamínica, conforme cada caso e idade gestacional, e abrangendo os determinantes sociais do processo saúde-doença, realizando também a classificação de risco gestacional a cada atendimento.

3.5. São contabilizadas no numerador, mulheres com gestações finalizadas no período com pelo menos 6 consultas onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal, por meio do campo Problema/Condição avaliada no atendimento marcando obrigatoriamente o campo Pré-natal ou os CIAP2/CID10 (Conforme ficha de qualificação do Indicador), sendo que a primeira consulta realizada deve possuir uma diferença de no máximo 12 semanas da data da Data da Última Menstruação (DUM). Para o cálculo do indicador, no que se refere ao denominador são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro, cujo o pré-natal foi finalizado no quadrimestre de avaliação^{18,19}. No item *Cálculo do Indicador* são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis:

3.6. PARÂMETRO

As evidências científicas apontam para a necessidade de acompanhamento das gestantes com o primeiro atendimento até 12ª semana de gestação e no mínimo 06 atendimentos para garantir que a mulher e o bebê tenham uma gestação e um parto saudáveis. Visto isso, e com a compreensão de que o parâmetro se refere ao recomendado, considerando que todas as gestantes devem passar por consultas de pré-natal sendo o início do atendimento ainda no primeiro trimestre de gestação, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

3.7. META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 100% na população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 45%.

3.8. CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador **Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação** é calculado da seguinte forma:

- Numerador: **Número de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;**
- Denominador SISAB: **Número de gestantes com pré-natal na APS;**
- Denominador estimado: **Potencial de cadastro/ População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.**

$$\frac{\text{Nº de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação}}{\left(\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{na APS}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)^*} \times 100$$

*O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.

O detalhamento das variáveis que compõem o denominador e o numerador serão apresentados a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro municipal, no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) SISAB, conforme explicado a seguir.

3.8.1. DENOMINADOR

O denominador SISAB “número de gestantes com pré-natal na APS” é composto por mulheres que realizaram consulta de pré-natal na APS cuja gestação foi finalizada no quadrimestre de avaliação do indicador. Este número resulta do registro do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS e representam, portanto, a realidade do que acontece durante o contato das usuárias com os serviços de saúde.

A identificação das gestantes é obtida através do atendimento individual realizado por médicos ou enfermeiros na APS. Esta informação é extraída do modelo de informação do atendimento individual da Estratégia e-SUS APS. Será considerado o primeiro atendimento de pré-natal realizado por profissional médico ou enfermeiro, registrado e enviado ao SISAB de acordo com as seguintes regras: Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) válidos; variável sexo feminino preenchida; Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) preenchidas e o campo problema/condição avaliada preenchida como pré-natal.

Por meio da identificação da gestante (primeiro atendimento de pré-natal), calcula-se a finalização da gestação na base de dados federal a partir da DUM estimada pela IG ou informada pela gestante. O cálculo da Data Provável do Parto (DPP) é realizado do seguinte modo:

$$\text{DPP} = \text{DUM} + 40 \text{ semanas} + 14 \text{ dias} = 42 \text{ semanas} (294 \text{ dias})$$

Mesmo que para fins do indicador a finalização da gestação seja calculada automaticamente, é importante destacar que para melhor organização do processo de trabalho e planejamento da equipe de saúde, o registro de finalização da gestação no sistema de informação é de extrema importância para

continuidade do cuidado, e é uma informação que estará apresentada no prontuário local. Por isso, reforçamos que a finalização da gestação deve ser registrada pela equipe de saúde (essa ação pode ser realizada com o registro do CID ou CIAP 2 de parto, ou outros como no caso de aborto, etc.).

A cada quadrimestre de avaliação são contabilizadas as mulheres com gestação finalizada no referido período, e cada indivíduo que compõe o denominador, independente da identificação ter sido feita pelo CNS ou CPF, é contabilizado apenas uma única vez e em uma única equipe/município, seguindo as regras dispostas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#).

Destaca-se que dos 10% dos nascidos vivos nascem prematuramente e que 9,52% estão na faixa 32 a 36 semanas de gestação. Seguindo o calendário de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde 18, com 32 semanas a gestante já realizou no mínimo 7 consultas, se iniciar o pré-natal com até 12 semanas de gestação. Ressalta-se com isso, que os serviços de APS sigam o protocolo recomendado e também que atendam concomitante com o serviço de Alto Risco (quando houver risco avaliado), coordenando o cuidado da usuária como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ²⁴.

Ressalta-se que são excluídas do denominador as mulheres com pré-natal na APS que tiveram registro de aborto no período da realização do pré-natal, o que significa que não são contabilizadas para o cálculo do indicador. O registro do aborto não excluirá a usuária do Relatório operacional de Gestante / Puérpera do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) local, visto a importância do acompanhamento da condição de puerpério pela equipe, entretanto, esta usuária não será contabilizada para os indicadores relacionados a gestação.

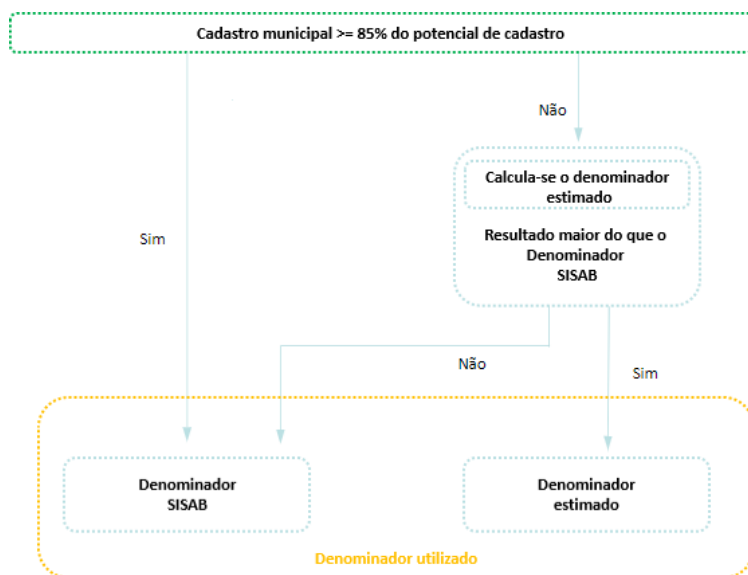
ATENÇÃO: Destaca-se que o modo de registro dos dados para o denominador e também para o numerador está baseado no modelo de informação da estratégia e-SUS APS, considerando a coleta de dados do atendimento individual. Para o detalhamento dos campos de preenchimento consultar os Guias de Preenchimento CDS, PEC, e Thrift disponíveis na guia dos materiais de apoio do SISAB.

Os municípios que, no quadrimestre, apresentarem quantitativo de pessoas cadastradas maior ou igual a 85% do potencial de cadastro municipal, terão seu indicador calculado com o denominador **número de gestantes com pré-natal na APS**. Para os demais municípios (com cadastro municipal abaixo de 85% do potencial) será calculado também o denominador estimado [1].

A utilização do **denominador estimado** é uma estratégia para obtenção de um valor controle do quantitativo esperado de gestantes que devem estar sob os cuidados da APS. A referida estimativa é calculada a partir do menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 corrigidos pela proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS no quadrimestre de avaliação, conforme descrito na fórmula de cálculo. Os dados de nascidos vivos são extraídos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC (apresentado no TABNET), já a proporção de pessoas potencialmente cobertas pela APS é obtida a partir do potencial de cadastro² em relação à população IBGE do município.

Vale ressaltar que o resultado do denominador estimado será sempre comparado ao número de gestantes com pré-natal na APS registrado no SISAB, aplicando-se para o cálculo do indicador a variável de maior valor. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado



3.8.2. NUMERADOR

O numerador, **número de gestantes com 6 consultas pré-natal, com 1ª consulta até 12ª semanas de gestação**, é composto por usuárias com pré-natal na APS que tiveram pelo menos seis consultas onde o problema condição avaliada no atendimento foi o pré-natal realizada entre a DUM e DPP + 14 dias, sendo que a primeira consulta possui uma diferença de no máximo 12 semanas da data do DUM registrada no primeiro atendimento. O numerador é obtido a partir dos atendimentos individuais de profissional médico ou enfermeiro, independente da aplicação utilizada (Coleta de Dados Simplificado (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

Destaca-se que se a gestante for atendida mais de seis vezes pelo médico ou enfermeiro ela será contabilizada apenas uma vez no numerador, entretanto, ressalta-se a importância do cuidado ao pré-natal ser mantida até o puerpério.

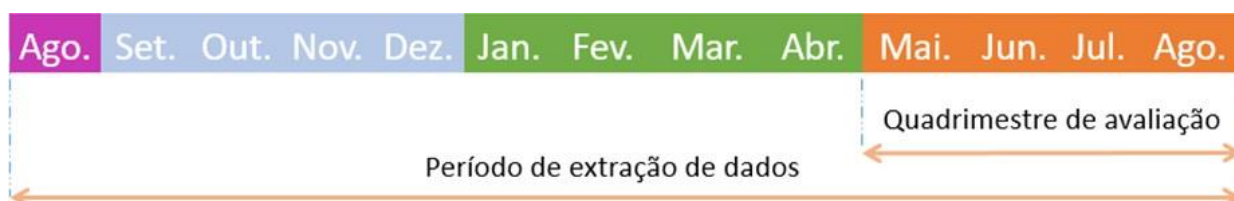
São incluídas no numerador, as gestantes identificadas no denominador que tenham: 1) o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação, e; 2) mínimo de 6 atendimento com pré-natal realizado por profissionais médicos ou enfermeiros.

ATENÇÃO: A indicação de condição gestação no PEC não significa que esta contará para atendimento posterior, por isso, destaca-se a necessidade de indicação da condição avaliada em todos os atendimentos realizados.

Conforme exposto, a mulher gestante é contabilizada no indicador após a finalização do pré-natal, ou seja, a cada quadrimestre é avaliado a quantidade da assistência à saúde que foi prestada a cada gestante acompanhada na APS. Assim, o primeiro atendimento deve ser realizado até a 12ª semana de gestação e para os demais atendimentos serem contabilizados devem ocorrer no período de pré-natal que é dado pelo intervalo de 42 semanas (DPP + 14 dias), considerando-se para esse cálculo o primeiro registro de data da última menstruação (DUM) ou idade gestacional (IG) feitos durante o primeiro atendimento de pré-natal do referido período.

O numerador considera o período de 9 meses anteriores ao período de avaliação, que no caso do pagamento por desempenho do Programa Previnha Brasil é ao término do quadrimestre. Assim, para o segundo quadrimestre de um determinado ano são consideradas as informações de saúde registradas desde o primeiro dia do mês de agosto do ano anterior, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 2. Esquema ilustrativo do período de medição e avaliação do numerador do indicador



ATENÇÃO: Os atendimentos de pré-natal podem ser realizados por profissionais médicos e enfermeiros que estejam atuando em qualquer estabelecimento de Atenção Primária, desde que o registro desses atendimentos seja realizado nos sistemas da estratégia e-SUS APS, seguindo as orientações constantes no Guia de Qualificação do Indicador e sejam enviados no prazo determinado na Portaria N° 04 de 28 de janeiro de 2021.

4. VINCULAÇÃO DA USUÁRIA A EQUIPE DE REFERÊNCIA

4.1. Para a vinculação de um indivíduo à equipe de referência, são consideradas as regras descritas na [Nota Técnica Explicativa de Cadastro](#). Após a identificação e vinculação de uma gestante em determinada equipe de saúde da APS, todos os registros válidos de atendimentos realizados em outras equipes ou estabelecimentos característicos da APS serão qualificados para compor a contabilização do indicador. Ou seja, se a gestante está vinculada na equipe A e teve o acompanhamento na equipe B ou C, mesmo que seja em outro município ou estado, o atendimento será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso a equipe A). Ressalta-se ainda que são contabilizados para o indicador os registros de atendimentos e procedimentos devidamente identificados e validados para o SISAB, segundo as regras descritas na [Nota Técnica do Relatório de Validação](#). Indivíduos cadastrados sem vinculação a uma eSF ou eAP não são considerados no cálculo dos indicadores.

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

5.1. Considerando que a atenção e a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde, no contexto da Rede Cegonha, os serviços de saúde devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas a essa população. Nesse sentido recomenda-se:

- Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da gestante, sócio demográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O cadastramento propicia que, no cálculo do indicador, seja utilizado o valor do denominador, ou seja, as gestantes identificadas pela equipe;
- Realizar o acompanhamento nominal das gestantes adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- Orientar a gestante sobre a importância da realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde;
- Realizar o monitoramento regular das gestantes e para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso no melhor horário para a gestante sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de PEC, CDS ou Sistema Próprio, tanto no que se refere as variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

6.1. Boas práticas de registros de informação nos sistemas de informação em saúde são fundamentais para o sucesso das ações de monitoramento e avaliação dos indicadores selecionados.

6.2. Para tomada de decisão com intervenções mais assertivas, gestores e profissionais de saúde necessitam de informações confiáveis que somente podem ser produzidas a partir do registro qualificado das ações realizadas pelos profissionais de saúde no momento do atendimento aos usuários. Registros que discriminem adequadamente as informações que integram os diferentes campos dos instrumentos de anotação do que ocorre durante o contato dos usuários com os serviços de saúde, permitem a elaboração de diagnósticos mais precisos a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação analisada.

6.3. Para a contabilização do indicador, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) utiliza as variáveis dispostas nos modelos de informação da Estratégia e-SUS APS (12). Assim, os dados de produção das equipes de saúde da APS devem ser registrados em sistemas da Estratégia e-SUS APS, podendo ocorrer por Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou por sistemas terceiros integrados através do Apache Thrift. O registro dos atendimentos deve seguir as orientações dispostas nos Guias de Qualificação do Indicador.

6.4. O SISAB estabelece que, por competência, o prazo de envio regular de registros de serviços da APS seja realizado até o 10º dia útil da competência SISAB seguinte, conforme a [Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021](#). Após este prazo, é permitido o envio de informações complementares por até 4 competências posteriores ao registro/atendimento. Para contabilização dos registros nos indicadores, o envio deverá ocorrer até o 10º dia útil subsequente a cada competência SISAB, que no caso para a última competência do quadrimestre será após o último mês do quadrimestre avaliado.

6.5. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

- Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
- Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme os documentos Guias de qualificação dos Indicadores;
- Rotinas de envio idealmente imediatas, podendo ser também diárias, semanais ou mensais. A depender da realidade de conexão municipal, envio dos dados dentro da competência de envio padrão, ou seja, até o 10º dia útil da competência posterior ao atendimento;
- O uso de prontuários eletrônicos, por ser associado a melhores registros e possibilitar o envio e compartilhamento de dados administrativos e clínicos em tempo oportuno. O Ministério da Saúde apoia a informatização da APS por meio do [Informatiza APS](#);
- Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.

Para o indicador “Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação” é necessário:

- A correta identificação da gestante com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF;
- Variável sexo feminino preenchida;
- Registro da Data da Última Menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG) no atendimento de pré-natal realizado pelo médico ou enfermeiro da eSF/eAP ou alocados em estabelecimentos da APS;
- Registrar de forma individualizada o “Problema/Condição Avaliada” com códigos CID ou CIAP 2, correspondentes à gravidez. Dessa forma, o módulo de acompanhamento do pré-natal já estará habilitado no PEC.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES	
TÍTULO	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Medir a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo ministério (pelo menos 6 consultas), sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 12ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes estimadas, ou informadas, do município. O objetivo desse indicador é mensurar a proporção de gestantes que realizaram o número de consultas preconizadas com o início oportuno em relação a quantidade de gestantes estimadas, ou informadas, que o município acompanha.
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; Incentivar a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.
FONTE	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Q2 2021 – 33,19 %
PARÂMETRO	100%
META	45%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1}^\circ \text{ até a 12}^\circ \text{ semana de gestação}}{\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{n}^\circ \text{ nascidos vivos SINASC} \right)^* \times 100}$ <p>*O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>REGRAS DE EXTRAÇÃO:</p> <p><u>Denominador: n° de gestantes identificadas no SISAB:</u></p> <p>Gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre</p> <p>1. Gestantes identificadas no sistema: CNS ou CPF válido Campo “Sexo Feminino” preenchido DUM ou IG (semanas) preenchido (considerado o dado da primeira consulta/atendimento individual de pré-natal enviada ao SISAB). Condição-avaliada pré-natal ou CID /CIAP correspondente.</p> <p>Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235).</p> <p>2. Gestantes finalizadas no sistema:</p> <p>A finalização da gestação é realizada na base federal (SISAB) e se dá a partir do cálculo da DPP + 14 dias; A DPP é calculada a partir da DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento de pré-natal (menor data entre os atendimentos de pré-natal no intervalo entre DUM e DPP). Para finalizar a gestação no sistema, considera-se o total de 294 dias de gestação, o que corresponde a 42 semanas. A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação.</p> <p>Obs. Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta é desconsiderada do quantitativo de gestantes, ou seja, do denominador informado.</p> <p>Denominador estimado: Para a mensuração da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo quantitativo potencial de cadastro por município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (percentual de cadastro municipal menor que 85%). Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).</p>

	<p><u>Códigos CID/CIAP para gestação:</u></p> <p>CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, , Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359.</p> <p>CIAP2: W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85</p> <p><u>Códigos CID/CIAP para identificação de aborto</u></p> <p>CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3</p> <p><u>Numerador:</u></p> <p>Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de no mínimo 6 consultas de pré-natal realizado por médico ou enfermeiro no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias), sendo o primeiro atendimento de pré-natal ocorrido até a 12ª semana de gestação.</p> <p>*Consultas de pré-natal: Atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro devidamente registrado no modelo de informação de atendimento individual.</p> <p>Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235).</p> <p><u>Equipes e estabelecimentos considerados:</u></p> <p>Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76);</p> <p>Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40-Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde.</p> <p>Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.</p>
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Positiva - Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	<p>O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ser atendidas por cada equipe e município dado os resultados do SINASC.</p> <p>Na extração dos dados, não é possível identificar gestações que finalizaram em parto prematuro entre as gestantes identificadas, influenciando no denominador do indicador.</p> <p>As gestantes que tiveram parto prematuro não são retiradas do cálculo do indicador.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Quando o número de gestantes cadastradas/informadas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas/informadas no SISAB.</p> <p>O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.</p>
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

EXEMPLO 1

Exemplo de cálculo para um município com cadastro superior a 85% do potencial de cadastro municipal:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 33.766

Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 14.437

Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 16.781

Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 100%

Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 135

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = **110** (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. **14.437/33.766 x 135 = 57,7**

Utilizado: Será o denominador SISAB (**110**), pois o município possui mais 85% do cadastro municipal esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº gestantes com 6 consultas de pré-natal, com 1ª até 12 semanas de gestação = **55** (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: **(55 / 110) x 100 = 50,0%**

EXEMPLO 2

Exemplo de cálculo para um município com cadastro menor que 85% do potencial de cadastro municipal:

Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)

População IBGE município: 10.460

Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 10.000

Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 6.870

Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 68,7%

Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 70

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = **45** (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. **10.000/10.460 x 70 = 67**

Utilizado: Será o denominador de maior valor (estimado = **67** gestantes), pois o município possui cadastro municipal inferior a 85% do esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº gestantes com 6 consultas de pré-natal, com 1ª até 12 semanas de gestação = **9** (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: **(9 / 67) x 100 = 13,4%**

Alguns exemplos de situações são descritos abaixo demonstrando os casos que são consideradas para compor o numerador e denominador.

Casos	Numerador			Denominador				Consideração para o indicador		Justificativa	
	Consulta /atendimento			Consulta		Pré-natal		Intercorrência	Num.		Den.
	Data	Profissional	Consulta Pré-Natal	Data	Profissional	DUM	DPP				
A	5/9/20	Enfermeiro	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 2ª consulta.	5/8/20	Médico	26/7/20	2/05/21	não se aplica	Sim	Não	Gestante com PN iniciado pelo Médico em 05/08/2020 na 1ª semana e seu último atendimento em 05/09/2020 registrado sua 2ª consulta pelo Enfermeiro tendo a previsão de finalização em 02/05/21 e não considerado para ser contabilizado no indicador. Motivo = Aborto
	-	-	-	20/9/20	Médico	26/7/20	2/05/21	Registro de atendimento a gestante CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3	Não	Não	
B	22/7/20	Técnico enfermagem	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 6ª consulta.	22/7/20	Médico	22/6/20	29/3/21	não se aplica	Não	Sim	Gestante com PN iniciado pelo Médico em 22/07/2020 na 4ª semana e seu último atendimento em 22/07/2020 registrado sua 6ª consulta pelo Técnico enfermagem tendo a previsão de finalização em 29/03/21 e não considerado para ser contabilizado no indicador. Motivo = CBO inválido
C	1/1/21	Médico	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 6ª consulta.	1/06/20	Enfermeiro	10/5/20	14/02/21	não se aplica	Sim	Sim	Gestante com PN iniciado pelo Enfermeiro em 01/06/2020 na 3ª semana e seu último atendimento em 01/01/2021 registrado sua 6ª consulta pelo médico e a gestação finalizada em 14/02/2021 e indicador a ser contabilizado para o 1º Quadrimestre 2021
D	20/12/19	Médico	03.01.01.011-0 - CONSULTA PRÉ-NATAL	5/05/20	Enfermeiro	17/4/20	22/01/21	não se aplica	Não	Sim	Registro do atendimento pré-natal antes da DUM e não considerado para ser contabilizado no indicador.
E	13/2/21	Médico	Registrado na ficha de atendimento individual o pré-natal a 6ª consulta.	26/10/20	Enfermeiro	10/8/20	17/5/21	não se aplica	Sim	Sim	Gestante com PN iniciado pelo Enfermeiro em 26/10/20 na 11ª semana e seu último atendimento em 13/02/21 registrado sua 6ª consulta pelo médico e a gestação finalizada em 17/05/21 e indicador a ser contabilizado para o 2º Quadrimestre 2021

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil, 2018. Boletim Epidemiológico de Sífilis, MS.
2. World Health Organization 2007. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action.
3. Hawkes SJ, Gomez GB, Broutet N (2013) Early Antenatal Care: Does It Make a Difference to Outcomes of Pregnancy Associated with Syphilis? A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 8(2): e56713.
4. Braga A, Sun SY, Maestá I, Uberti E. Doença trofoblástica gestacional. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 23/Comissão Nacional Especializada em Doença Trofoblástica Gestacional)
5. Junior J E, Montenegro N A, Soares R C, Camano L. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(3):149-59
6. Fábio Siqueira1 Thiago Rocha Moura F S, Silva S S, Peraçoli J C. Medicamentos anti-hipertensivos na gestação e puerpério. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1: S55-S68, 2011
7. Mauad Filho, Francisco, Dias, Cleusa C., Meirelles, Roberto S., Cunha, Sergio P., Nogueira, Antonio, & Duarte, Geraldo. (1998). Diabetes e gravidez: aspectos clínicos e perinatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 20(4), 193-198.
8. World Health Organization 2016.
9. Ministry of Health Report: 1929 Memorandum on Antenatal Clinics: Their Conduct and Scope. London, His Majesty's Stationery Office, 1930.
10. Nicolaidis, K. H. Turning the Pyramid of Prenatal Care. Fetal Diagn Ther 29 (3), 183-96 2011
11. The SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study group. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2007; 369: 115–22
12. Rolnik, D. L., Wright, D., Poon, L. C., O'Gorman, N., Syngelaki, A., de Paco Matallana, C., Nicolaidis, K. H. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. New England Journal of Medicine, 2017 377(7), 613–622.
13. Bujold, E., Roberge, S., Lacasse, Y., Bureau, M., Audibert, F., Marcoux, S., ... Giguère, Y. (2010). Prevention of Preeclampsia and Intrauterine Growth Restriction With Aspirin Started in Early Pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 116(2, Part 1), 402–414.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 142. (2014). Obstetrics & Gynecology, 123(2, PART 1), 372–379.
15. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. Am J Obstet Gynecol 2018; 218:161.
16. Jarde et al. Vaginal progesterone, oral progesterone, 17-OHPC, cerclage, and pessary for preventing preterm birth in at-risk singleton pregnancies: an updated systematic review and network meta-analysis. BJOG, 126 (5), 556-567 Apr 2019
17. Ning, A., Vladutiu, C. J., Dotters-Katz, S. K., Goodnight, W. H., & Manuck, T. A. (2017). Gestational age at initiation of 17-alpha hydroxyprogesterone caproate and recurrent preterm birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 217(3), 371.e1–371.e7.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
19. Organização Panamericana de Saúde. REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
20. Saúde Brasil 2017. http://portalods.com.br/wp-content/uploads/2019/03/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf.
21. Saúde Brasil 2018. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agrivos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Nota Técnica nº 60/2017
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>>
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 7662.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

[1] Para os municípios com cadastro inferior a 85% do potencial de cadastro municipal poderá ser aplicado para o cálculo do denominador estimado: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE (a depender da fórmula de cálculo do indicador).

Documento assinado eletronicamente por **Antônio Rodrigues Braga Neto, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 15/02/2022, às 18:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 17/02/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025109328** e o código CRC **5FC39E7E**.