



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 2

1.1. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial da gestante, e, portanto, um ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante e após a gravidez.

2.2. O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. O início precoce do pré-natal (até a 12ª semana de gestação) é essencial para a adequada assistência, com um mínimo de 6 consultas e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal¹.

2.3. As infecções sexualmente transmissíveis, também conhecidas como ISTs, podem surgir antes ou durante a gravidez e prejudicar a saúde da mãe e do bebê, trazendo complicações como parto prematuro, aborto, baixo peso ao nascer e atraso no desenvolvimento⁸.

2.4. As IST representam um problema de saúde pública em todo o mundo, na medida em que estão entre as infecções transmissíveis mais comuns e atingem potencialmente a saúde e a vida de milhões de pessoas. Um impacto direto ocorre especialmente sobre a saúde da mulher e da infantil, ocasionando consequências como infertilidade e complicações na gestação e no parto, morte fetal e diversos outros agravos à saúde da criança. Além disso, um dos impactos indiretos da infecção por uma IST é o aumento do risco de transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A estratégia 2016-2021 do setor global de saúde para as IST foi apresentada na Assembleia Mundial de Saúde, em 2016. Tal estratégia contempla a ampliação de ações e serviços baseados em evidências para reduzir o impacto das IST como problema de saúde pública até 2030, com metas de redução global de casos de sífilis e gonorreia, eliminação da sífilis congênita e ampliação da cobertura de imunização contra o papilomavírus humano (HPV)^{5; 6; 8}.

2.5. Os números de casos são preocupantes, o que demonstra a necessidade de reforço às ações de vigilância, prevenção e controle da infecção. Pode-se observar que a sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve uma taxa de detecção de 54,5 casos por 100.000 habitantes em 2020. Também em 2020, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,6/1.000 nascidos vivos; a taxa de incidência de sífilis congênita, de 7,7/1.000 nascidos vivos; e a taxa de mortalidade por sífilis congênita, de 6,5/100.000 nascidos vivos^{1; 3; 4}.

2.6. Em relação aos casos notificados de HIV, no Brasil em 2019 foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de aids – notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom –, com uma taxa de detecção de 17,8/100 mil habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2020, 1.011.617 casos de aids detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,9/100 mil habitantes (2012) para 17,8/100 mil habitantes em 2019, configurando um decréscimo de 18,7%. Como a notificação da infecção pelo HIV ainda está sendo absorvida pela rede de vigilância em saúde, não são calculadas as taxas referentes a esses dados^{2; 6}.

2.7. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e em 2019 essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento também se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que as regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa, ambos de 83,3% nos últimos dez anos. Em toda a série histórica, a região Sul apresentou as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes no país. Em 2019, a taxa observada nessa região foi de 5,6 casos/mil nascidos vivos, duas vezes superior à taxa nacional^{1; 2}.

2.8. Diante do exposto, torna-se fundamental a recomendação do Ministério da Saúde quanto a realização da testagem para Sífilis e HIV nas gestantes para prevenir a transmissão vertical de infecções^{6; 7}.

2.9. A transmissão vertical ocorre quando a criança é infectada por alguma IST durante a gestação, parto, e em alguns casos durante a amamentação⁵.

2.10. Ressalta-se que a testagem para HIV e Sífilis deve ser realizada na primeira consulta (preferencialmente no primeiro trimestre), repetida no terceiro trimestre e no momento do parto, e em caso de positividade para HIV, deve-se realizar o aconselhamento e encaminhamento da gestante para o seguimento do pré-natal no serviço de atenção especializada em IST/aids de referência⁷. Quanto aos casos positivos para sífilis em gestantes, o Ministério da Saúde preconiza o tratamento da gestante e do parceiro com Penicilina Benzatina, além da realização de exame mensal para controle de cura^{5; 7}.

2.11. A realização de sorologias e testes rápidos para sífilis e HIV durante o pré-natal mostra-se um fator decisivo para o diagnóstico e o tratamento precoces da gestante e para a adoção de medidas de intervenção que impactem na redução da transmissão vertical das doenças. Tal cenário justifica monitorar a *proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV na atenção primária a Saúde*^{4; 5; 6; 7}. Portanto, o indicador deverá computar 01 (uma) solicitação ou avaliação destes exames.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

3.1. O indicador "*Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV*" mede parte do processo de cuidado ao pré-natal realizado na APS e tem por objetivo verificar, na assistência ao pré-natal, a realização dos exames para detecção da Sífilis e do HIV, sendo essa uma importante medida para o controle, tratamento e prevenção dos agravos associados, consideradas, portanto, como requisitos para a qualidade do pré-natal realizado na APS.

3.2. Destaca-se que os exames de sífilis e de HIV estão incluídos entre os exames de rotina do pré-natal durante as consultas/ atendimentos com médico ou enfermeiro na APS e podem ser realizados por meio teste rápido e sorologia.

3.3. Para o seu cálculo são consideradas no numerador as gestantes com pré-natal na APS e com no mínimo 01 (um) exame de sífilis e 01 (um) exame de HIV realizados também na APS durante o período do pré-natal, ressalta-se que será contabilizado para o indicador tanto a avaliação das sorologias como também a realização dos testes rápidos. Já no 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. No item *Cálculo do Indicador* são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis.

3.4. PARÂMETRO

Os estudos científicos apontam que a medida mais efetiva para a prevenção de HIV e Sífilis no recém-nascido é o diagnóstico e tratamento da gestante e de sua parceria sexual em tempo oportuno⁶.

A identificação precoce de todas as gestantes e o pronto início do acompanhamento pré-natal, preferencialmente no 1º trimestre da gravidez, tem o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade na atenção destas mulheres e recém-nascidos, resultando em uma redução das taxas de transmissão

vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita.

A recomendação Ministério da Saúde é garantir o acesso no início do pré-natal com testes para HIV e Sífilis na APS, sendo preconizado a realização de 2 testes rápidos para sífilis e 2 para HIV, devendo ser solicitados na 1ª consulta e no 3º trimestre da gestação. Compreendendo-se que o parâmetro se refere ao valor ideal, e considerando que todas as gestantes devem ter a testagem para HIV e Sífilis realizada, pelo menos duas vezes, o parâmetro para esse indicador é de 100%.

3.5. 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% da população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 60%.

3.6. CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador “*Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV*” mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal na APS é calculado da seguinte forma:

- **Numerador:** número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS;
- **Denominador Identificado (SISAB):** Número de gestantes com pré-natal na APS;
- **Denominador Estimado:** Cadastro municipal SISAB / População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis}}{(\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes com pré - natal na APS) ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \right) \times \text{n}^{\circ} \text{ nascidos vivos SINASC)} \times 100$$

*O denominador estimado é calculado para todos os municípios a partir do cadastro municipal no SISAB e utilizado quando o resultado do denominador identificado for abaixo de 85% do denominador estimado.

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

Passo a passo para o cálculo dos indicadores:

1. **Cálculo do Denominador Estimado:** são consideradas informações oficiais dos sistemas de informação e inquéritos nacionais, corrigidos pela população municipal cadastrada no SISAB.



Crianças e gestantes

$$\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC}$$

2. **Cálculo do Denominador Identificado (SISAB):** registro do trabalho realizado no cotidiano das equipes de saúde da APS, de acordo com a regra de cada conjunto de indicadores.



Gestantes

Nº de gestantes com pré-natal na APS

3.6.1. DENOMINADOR

O denominador identificado (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, do seguinte modo:

$$\text{Finalização da gestação na base federal} = \text{DPP}^* + 14 \text{ dias} = (42 \text{ semanas}/294 \text{ dias})$$

$$*(\text{DPP} = \text{DUM} + 40 \text{ semanas})$$

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 CIAP2 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 Vinculado](#).

Destaca-se a restrição de apuração dos dados das gestantes que tiveram a ocorrência de parto prematuro durante o período do pré-natal. Tal restrição tem relação com a impossibilidade de identificação do evento no sistema de registro da APS. Entretanto, a referida limitação não afeta os resultados do indicador, uma vez que 10% dos nascidos vivos nascem prematuramente e 9,52% estão na faixa 32 a 36 semanas de gestação. Seguindo o calendário de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde⁴, com 32 semanas a gestante já realizou no mínimo 7 consultas, se iniciar o pré-natal com até 12 semanas de gestação. Com isso, reafirmar-se 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)¹².

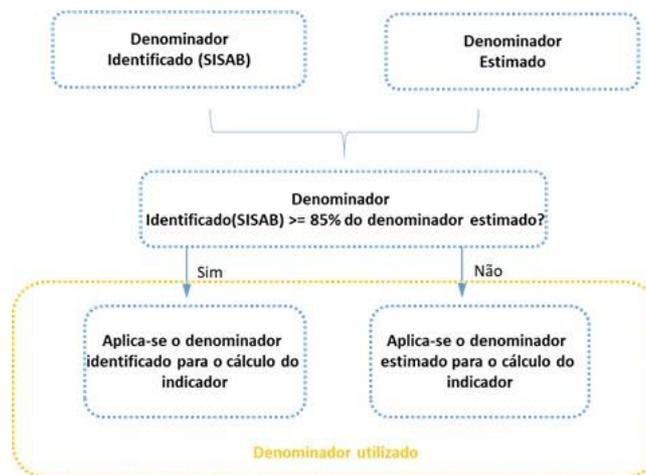
Ressalta-se que são excluídas do denominador as mulheres com pré-natal na APS que tiveram registro de aborto no período da realização do pré-natal, o que significa que não são contabilizadas para o cálculo do indicador. O registro do aborto não excluirá a usuária do Relatório operacional de Gestante / Puérpera do 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 registro dos dados, tanto para o denominador quanto para o numerador, deve ser realizado através dos modelos de informação da Estratégia e-SUS APS, independente do tipo de aplicação (PEC, CDS ou THRIFT). O detalhamento sobre o preenchimento correto dos campos está disponível nos Guias de Qualificação dos Indicadores PEC, CDS e THRIFT, na página dos [Materiais de apoio do SISAB](#).

Os municípios, terão seu indicador calculado com o **denominador identificado** (número de gestantes vinculadas com pré-natal na APS) quando este for 85% maior ou igual comparado ao denominador estimado. 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 três quadrimestres dos anos de 2017 a 2019 corrigidos pelo **cadastro municipal no SISAB** no quadrimestre de avaliação, conforme descrito na fórmula de cálculo. Os dados de nascidos vivos são extraídos do Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC (disponível no TABNET), já o cadastro na APS é obtido a partir do Relatório de Cadastros Vinculados do SISAB.

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 o corte de 85% da relação do denominador identificado com o denominador estimado para o cálculo do indicador. As duas situações descritas são apresentadas no fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de definição do denominador utilizado



3.6.2. NUMERADOR

O numerador número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis é composto pelas mulheres identificadas no denominador que tiveram: 1) exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizado o procedimento de teste rápido para Sífilis e, 2) exame avaliado de Sorologia de HIV ou realizou o procedimento de teste rápido para HIV entre a data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP + 14 dias). A avaliação dos exames sorológicos é obtida a partir dos atendimentos individuais realizados por profissionais médicos ou enfermeiros; já a realização dos testes rápidos tem origem no registro dos procedimentos podendo ser realizados por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

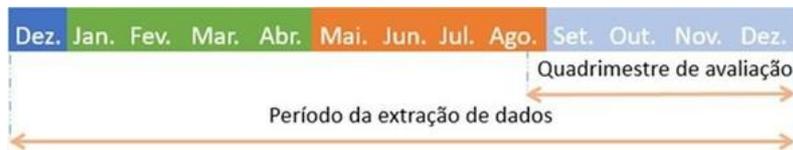
Ressalta-se que o fato de o indicador avaliar apenas um teste de sífilis e HIV na gestação, é importante que os serviços de APS busquem atender à recomendação do Ministério da Saúde de realização de **2 testes rápidos para sífilis e 2 para HIV, devendo ser solicitados na 1ª consulta e no 3º trimestre da gestação**, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres gestantes e dos recém-nascidos com a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita.

ATENÇÃO: Mesmo que o PEC indique a condição de gestação da cidadã, o registro da condição avaliada em todos os atendimentos é imprescindível.

ATENÇÃO: O registro dos exames avaliados e testes rápidos realizados podem ser feito no campo rápido dos modelos de informação/fichas de atendimento individual ou de procedimento, como também no campo de código SIGTAP do modelo de informação/ficha de procedimento, independente a aplicação utilizada no município.

Conforme exposto, a mulher gestante é contabilizada no indicador após a finalização do pré-natal, ou seja, a cada quadrimestre é avaliado a qualidade da assistência à saúde que foi prestada a cada gestante acompanhada na APS. Assim, para serem contabilizados os exames de Sífilis e HIV 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 os atendimentos de pré-natal do referido período. A figura abaixo ilustra o período de referência para a extração de dados que avaliam o pré-natal de mulheres com gestação finalizada no terceiro quadrimestre.

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



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 Vinculado](#). Após a identificação e vinculação de uma gestante em determinada equipe de saúde da APS, todos os registros 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 de Atenção Materna e Infantil (RAMI)¹³, 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:

1. 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.
2. Realizar o acompanhamento nominal das pessoas vinculadas a equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
3. Orientar as usuárias sobre a importância da realização do pré-natal, realização de exames e consultas odontológicas na Unidade Básica de Saúde;
4. 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;
5. Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
6. 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);
7. Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
8. Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
9. Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema de prontuário eletrônico 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.

RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

5.2. 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. 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, preferencialmente no momento do atendimento aos usuários. O registro adequado das informações em prontuário eletrônico permite a elaboração de análises mais precisas a respeito do que ocorre na realidade e o acompanhamento da evolução de uma determinada situação.

5.3. Destaca-se que o registro dos dados, tanto para o denominador quanto para o numerador, deve ser realizado através dos modelos de informação da Estratégia e-SUS APS, independente do tipo de aplicação - PEC, CDS ou THRIFT. O detalhamento sobre o preenchimento correto dos campos está disponível nos "Guias de Qualificação dos Indicadores" PEC, CDS e THRIFT, na página dos [Materiais de apoio do SISAB](#). 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.

5.4. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

1. Registro diário e preferencialmente durante o contato assistencial;
2. Registro diário e, preferencialmente, durante o contato assistencial;
3. Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme os documentos [Guias de Qualificação dos Indicadores](#);
4. 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;
5. 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.

5.5. Para o indicador "Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV" é necessário:

1. A correta identificação da usuária com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF; Preenchimento da variável sexo feminino
2. 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;
3. 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;
4. Registrar de forma individualizada o código SIGTAP referente ao procedimento realizado.

6. FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram exames de sífilis e HIV durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada ou teste rápido realizado. O objetivo desse indicador é mensurar a quantidade de gestantes realizam esse exame em relação a quantidade informada ou estimada de gestantes do município, sob a responsabilidade da APS.
USO (Para que fim?)	Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para a realização de um pré-natal de qualidade na APS; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação; identificação de patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto e a gestante.
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	2021 Q2. 51%
PARÂMETRO	100%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis}}{(\text{N}^\circ \text{ de gestantes com pré - natal na APS) ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \right) \times \text{n}^\circ \text{ nascidos vivos SINASC}} \times 100$ <p>*O denominador estimado é calculado para todos os municípios a partir do cadastro municipal no SISAB e utilizado quando o resultado do denominador identificado for abaixo de 85% do denominador estimado.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>DENOMINADOR IDENTIFICADO (SISAB):</p> <p>Identificação das gestantes no sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CNS ou CPF válido - Campo "Sexo Feminino" preenchido - DUM ou IG preenchido (considerado o dado da primeira consulta/atendimento individual de pré-natal enviada ao SISAB). - Condição-avaliada pré-natal ou CID /CIAP correspondente, conforme indicado abaixo. - Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). <p>Códigos para identificação da gestação:</p> <p>CID10: O00, O000, O001, O002, O008, O009, O10, O11, O12, O120, O121, O122, O13, O14, O140, O141, O149, O15, O150, O151, O159, O16, O20, O200, O208, O209, O21, O210, O211, O212, O218, O219, O22, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O23, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O26, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O28, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O29, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O299, O30, O300, O301, O302, O308, O309, O31, O311, O312, O318, O32, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O33, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O339, O34, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O35, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O36, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O41, O410, O411, O418, O419, O43, O430, O431, O438, O439, O44, O440, O441, O46, O460, O468, O469, O47, O470, O471, O479, O48, O752, O753, O98, O990, O991, O992, O993, O994, O995, O996, O997, Z321, Z33, Z34, Z340, Z348, Z349, Z35, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, Z36, Z640.</p> <p>CIAP2: W03, W05, W29, W71, W72, W73, W76, W78, W79, W80, W81, W84 e W85</p> <p>Finalização da gestação no sistema:</p> <p>A gestante será contabilizada apenas no quadrimestre em que houve a finalização automática da gestação. A finalização da gestação é realizada na base federal (SISAB) 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. Para finalizar a gestação no sistema, considera-se o total de 294 dias de gestação, o que corresponde a 42 semanas.</p> <p>OBS.: Se a gestante (entre DUM e DPP + 14 dias) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta será desconsiderada do quantitativo de gestantes, ou seja, do denominador identificado. Os códigos para identificação de aborto são os seguintes: CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z303</p>
	<p>DENOMINADOR ESTIMADO (SINASC):</p> <p>Para a mensuração da quantidade de gestantes sob a responsabilidade de cada município, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo quantitativo de cadastro por município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS. Quando o município informa o valor menor que 85% (<85%) de pessoas nas condições definidas nos indicadores em relação à estimativa de pessoas nessas condições, o cálculo do resultado do indicador passa a ser feito utilizando o denominador estimado.</p>

	<p>NUMERADOR: Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis, entre a data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP) + 14 dias. Para a contabilização do numerador serão considerados tanto o teste rápido quanto a avaliação das sorologias, contudo é necessário que sejam observados tanto HIV quanto Sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Famílias CBO consideradas para avaliação dos exames de Sífilis e HIV: Atendimento realizado por médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). - Famílias CBO consideradas para o teste rápido dos exames de Sífilis e HIV: procedimento por realizado por médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235); técnicos de enfermagem (3222) <p>Códigos para o registro dos procedimentos: SIGTAP/Descrição de Teste Rápido: 02.14.01.004-0 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro 02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV 02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis 02.14.01.008-2 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro</p> <p>SIGTAP/Descrição de Sorologias avaliadas: 02.02.03.111-0 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis 02.02.03.117-9 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes 02.02.03.030-0 - Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)</p> <p>EQUIPES E ESTABELECIMENTOS CONSIDERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70, exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); - Para o cálculo do numerador: serão consideradas as produções realizadas em todos os tipos de estabelecimentos da APS, conforme as regras descritas no Anexo I da Nota Técnica do Relatório de Validação do SISAB. Destaca-se que se o indivíduo, vinculado a eSF ou eAP, for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (mesmo não homologadas, mas em situação ativa no SCNES), estes dados são considerados para o cálculo do numerador. <p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Não serão consideradas para o denominador identificado as gestantes com registro de aborto em prontuário da APS, gestantes sem vínculo com equipes eSF e eAP homologadas/válidas ou na ocorrência de óbito, conforme descrito na Nota Técnica do Relatório de Cadastro Vinculado.</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	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. As gestantes que tiveram parto prematuro não são desconsideradas no cálculo do indicador, pois o método de extração não identifica as gestações que finalizaram em parto prematuro dentre as gestantes identificadas, influenciando no denominador do indicador. São considerados apenas os dados registrados em aplicações da Estratégia e-SUS APS de forma correta e enviados ao centralizador dentro do prazo estabelecido na Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021.
OBSERVAÇÕES	A identificação da cidadã como gestante para a composição do denominador pode ser realizada por qualquer equipe da APS, independente da equipe em que a gestante está vinculada. Quando o número de gestantes informadas no município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC será utilizado o número de gestantes informadas no SISAB. 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 apenas o valor no nível municipal.
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Julho de 2022

-
-

7. REFERÊNCIAS:

1. Brasil, 2021. Boletim Epidemiológico de Sífilis, MS.
2. Brasil, 2020. Boletim Epidemiológico de HIV, MS.
3. World Health Organization 2007. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action.
4. 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.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília Ministério da Saúde, 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS. Brasília - DF 2018.
7. Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
8. Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal / editores César Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016.
9. 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.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.
11. 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/>>
12. 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.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília, 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 09/07/2022, às 16:35, 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 11/07/2022, às 11:59, 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=0](#), informando o código verificador **0027966108** e o código CRC **C2CCEFDf**.