



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 15/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 3

1.1. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A assistência ao pré-natal integral busca assegurar o desenvolvimento da gestação e manter a saúde materno- infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreio e diagnóstico de doenças. Sabe-se que, implementado oportunamente com práticas baseadas em evidências apropriadas, o pré-natal pode salvar vidas¹.

2.2. Em consonância com os objetivos constantes na Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011 – Rede Cegonha – que reforçam a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, o acompanhamento e monitoramento dos indicadores relacionados à gestante devem ter gestão compartilhada almejando a garantia de acesso oportuno e adequado da gestante ao pré-natal e ao atendimento odontológico, como etapa de rotina das consultas de pré-natal². Adicionalmente, preconiza-se a detecção e o manejo precoce de agravos ou comorbidades pré-existentes com vistas à diminuição da mortalidade materno-infantil.

2.3. Os impactos que as mudanças fisiológicas causam na saúde bucal de gestantes são bem documentados na literatura, destacando-se o aumento dos níveis de inflamação periodontal (tecido de suporte do dente) em decorrência de níveis hormonais elevados^{3,4}. Mudanças comportamentais da gestante relacionadas a maior frequência de consumo de açúcares e má higienização também aumentam a chance de a mulher ter a doença cárie. Adicionalmente, há probabilidade de a mãe perpassar o cuidado em saúde bucal negligenciado ao bebê (5), o que repercute no alto índice de crianças brasileiras com cárie não-tratada na primeira infância no Brasil⁶, impactando na qualidade de vida de mães, crianças e famílias⁷, onerando assim o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸.

2.4. Os agravos bucais podem ter diferentes graus de atividade e severidade e, em casos mais severos, pode haver comprometimento da saúde sistêmica. Embora haja multicausalidade envolvida nos desfechos adversos da gestação, estudos têm apontado que doenças periodontais podem aumentar a chance de prematuridade/nascimento de baixo peso, em virtude da disseminação bacteriana ou de citocinas dos processos inflamatórios intraorais à barreira transplacentária⁹. Recomenda-se, deste modo, o rastreamento das doenças periodontais em gestantes por meio da realização do periograma na consulta pré-natal odontológica, visando à identificação de um fator de risco para desfechos gestacionais adversos. A gestante deverá ser alertada, o registro na caderneta da gestante deve ser feito e a equipe deverá ser comunicada para que a usuária seja acompanhada⁴.

2.5. Com relação à Cárie Dentária, que é a Doença Crônica Não-Transmissível mais prevalente do mundo⁸, a gestante poderá ter diferentes graus de atividade e severidade do quadro. Devido ao caráter dinâmico da doença, a avaliação de risco ao seu desenvolvimento, torna-se etapa fundamental para verificar a probabilidade do aparecimento de novas lesões em um determinado período e o risco de progressão das lesões já existentes para estágios mais severos¹⁰. Deve-se averiguar as vulnerabilidades atinentes tanto à gestante quanto a sua família, com relação dieta alimentar, identificando risco potencial de consumo de açúcares e ultra processados, bem como acesso adequado a fluoretos. A cárie em dentição decídua também tem importância para a saúde pública¹¹ e orientações em saúde bucal fornecidas às mães podem melhorar os padrões da condição odontológica em crianças, com relação à importância da higienização, efeitos nocivos do açúcar, efeitos deletérios do uso de chupeta e mamadeira, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável⁴.

2.6. Assim, é premente a importância da participação do cirurgião-dentista em todos os níveis de atenção à saúde da gestante e no trabalho interprofissional para que decisões terapêuticas sejam compartilhadas. Recomenda-se, pelo menos, uma consulta odontológica programática durante o curso do pré-natal. O diagnóstico clínico dos agravos bucais deverá considerar a atividade e a severidade destas doenças e o delineamento terapêutico deverá considerar as ações preventivo- promocionais, curativas e/ou reabilitadoras. Essa consulta odontológica deve, minimamente, abranger: diagnóstico de agravos bucais na gestante, orientações sobre higiene bucal e práticas saudáveis em saúde bucal, orientações sobre alimentação saudável tanto para a mãe quanto para o bebê, instruções sobre amamentação exclusiva até os seis meses, importância sobre esta prática para desenvolvimento do crânio e face do bebê e efeitos deletérios sobre o uso da chupeta e mamadeira⁴.

2.7. Com base nas evidências disponíveis, as *Diretrizes para prática clínica odontológica na APS* (2021) apontaram que os tratamentos odontológicos na Atenção Primária devem ser realizados, não limitados ao tipo ou ao período gestacional⁴, por meio de consulta odontológica, preferencialmente no 2º trimestre de gestação, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício. Os tratamentos odontológicos emergenciais devem ser realizados a qualquer tempo, para que o quadro agudo não culmine em necessidades terapêuticas mais complexas e danos à saúde sistêmica.

2.8. A equipe interdisciplinar da APS deve estar comprometida na captação precoce da gestante, no acesso oportuno aos cuidados em saúde e na qualidade do atendimento de pré-natal, incluindo sempre a saúde bucal. A captação precoce é responsabilidade de todos os integrantes das equipes e é viabilizada pela realização e manutenção do cadastro das pessoas que estão sob a responsabilidade desses profissionais de saúde. A captação precoce, além de antecipar cuidados a serem disponibilizados previamente, facilita também o acompanhamento longitudinal das gestantes.

2.9. Os profissionais das equipes eSF ou eAP que estão fazendo o acompanhamento pré-natal das gestantes devem sempre acionar as equipes de Saúde Bucal, ou outro modelo de atenção odontológica à nível de APS no município, para que o atendimento seja ofertado. É importante que os cuidados envolvidos sejam compartilhados entre todos os profissionais, assegurando um cuidado mais seguro e qualificado. Nos casos em que o pré-natal não é de risco habitual, os cirurgiões-dentistas devem redobrar o contato para o estabelecimento e realização do plano de cuidado com profissionais médicos e enfermeiros da equipe da APS ou das equipes da atenção ambulatorial especializada responsáveis pelo pré-natal da gestante.

2.10. Isto posto, ressalta-se que Ministério da Saúde monitora um rol de 03 (três) indicadores que visam à responsabilização das equipes de Saúde da Família (eSF) e das equipes de Atenção Primária (eAP) quanto à qualificação do pré-natal das usuárias gestantes para uma experiência gestacional positiva, priorizando atendimento de saúde direcionado à pessoa, bem-estar das mulheres e famílias, gerando resultados perinatal e maternal positivos. Um destes indicadores é a “*Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado*”.

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

3.1. O indicador “*Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado*” tem por objetivo verificar se a gestante que é assistida no pré-natal tem realizado atendimento odontológico na perspectiva do cuidado integral e compartilhado de assistência a esse público, sendo um importante requisito para a qualidade do pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste sentido, o indicador tem como perspectiva o estímulo ao acesso da gestante à atenção em saúde bucal no contexto da APS enquanto etapa de rotina do pré-natal. O indicador mede o processo de cuidado à gestante, através da realização de consulta com o cirurgião-dentista no período do pré-natal.

3.2. Para o seu cálculo são consideradas no numerador as gestantes com pré-natal e com no mínimo um atendimento odontológico individual realizados na APS durante o período do pré-natal. Cabe ressaltar que **é preconizado o atendimento odontológico individual**, para diagnóstico e identificação de possíveis agravos bucais que possam ter relação com desfechos desfavoráveis na saúde materno-infantil. 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.

3.3. PARÂMETRO

Amparado nas Diretrizes para prática clínica odontológica na APS (2021) que preconizam o mínimo de 01 (uma) consulta odontológica para gestantes durante o pré-natal, considerando, portanto, que a avaliação odontológica da gestante é uma etapa obrigatória do pré-natal. Somado à compreensão de que o parâmetro representa o valor de referência nacional que indica a performance ideal que se espera alcançar, para este indicador o parâmetro é de 100%.

3.4. 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 Previnde Brasil, e considerando 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%.

3.5. CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador **Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado** é calculado da seguinte forma:

- **Numerador:** número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico 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.

$$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{(\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}) \text{ ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \right) \times \text{nº nascidos vivos SINASC}} \times 100$$

*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 do denominador 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

Cadastro municipal SISAB
População IBGE X 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

3.5.1. 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:

Finalização da gestação na base federal = DPP* + 14 dias = (42 semanas/294 dias)

*(DPP= DUM + 40 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 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 Saúde¹³, com 32 semanas a gestante já realizou no mínimo 7 consultas, se iniciar o pré-natal com até 12 semanas de gestação. Com isso, reafirma-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)¹⁴.

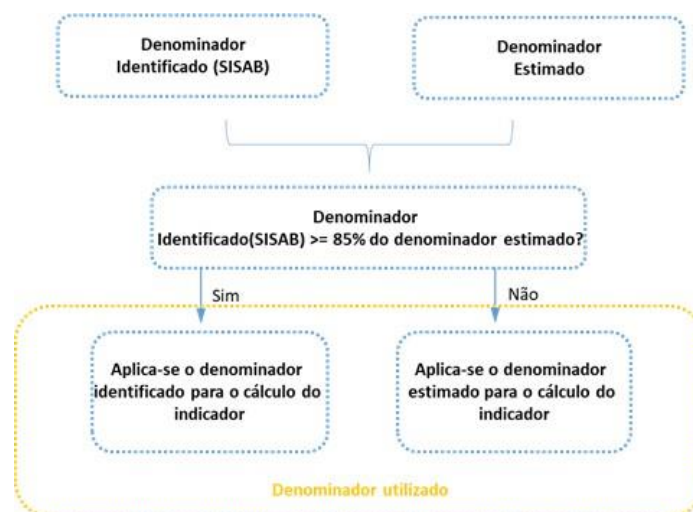
Ressalta-se que são excluídas do denominador as mulheres com pré-natal na APS que tiveram registro de aborto no período da realização do pré-natal, o que significa que não são contabilizadas para o cálculo do indicador. O registro do aborto não excluirá a usuária do Relatório operacional de Gestante / Puerpera 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 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 do número de gestantes 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 (apresentado 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



3.5.2. NUMERADOR

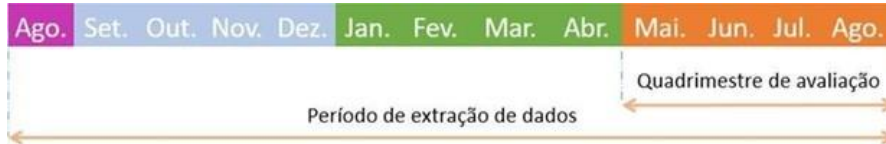
O numerador, número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS, é composto pelas mulheres identificadas no denominador que tiveram no mínimo uma consulta odontológica individual realizada entre a data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP + 14 dias). A informação sobre a realização da consulta

odontológica é obtida a partir dos registros de atendimentos odontológicos individuais realizados por profissionais cirurgiões dentistas, independente da aplicação utilizada (Coleta de dados Simplificado, Prontuário Eletrônico do Cidadão ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

Ressalta-se que independentemente do quantitativo de consulta estipulado para o numerador do indicador por gestante, o cirurgião-dentista deverá levar em consideração os aspectos de vulnerabilidade e risco odontológico na construção do plano terapêutico, para que seja garantido um atendimento resolutivo de acordo com o que é preconizado pela APS, por isso ressalta-se que o registro dos demais atendimentos constarão no prontuário local para melhor organização do processo de trabalho da equipe e acompanhamento longitudinal do cuidado.

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 o atendimento odontológico ser contabilizado deve 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. VÍNCULAÇÃO DA USUÁRIA À 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 atendimento 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)², 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. Aumentar o credenciamento de eSB na Saúde da Família ou eSB com carga horária diferenciada para ampliar o acesso da gestante ao atendimento odontológico na APS. Esse o modelo é o preconizado pelo Ministério da Saúde para a criação de vínculo, longitudinalidade do cuidado e atendimento compartilhado;
2. Captar precocemente as gestantes do território;
3. Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da usuária, sociodemográficos 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.
4. Realizar o acompanhamento nominal das gestantes vinculadas à equipe, verificando se estão sendo acompanhadas nas 06 (seis) consultas de pré-natal e referenciadas ao atendimento odontológico individual;
5. Orientar a usuária sobre a importância das consultas de pré-natal e o atendimento odontológico durante a gestação, esclarecendo dúvidas das gestantes e seus familiares quanto a crenças sobre atendimento odontológico. Especialmente, orientar que o atendimento odontológico é seguro em todas as fases gestacionais;
6. Induzir a integração da eSF para o atendimento de pré-natal de forma qualificada, com a referência da gestante ao atendimento odontológico de forma oportuna;
7. Realizar quando possível, acesso avançado, ou seja, a gestante que tiver uma consulta de pré-natal programada, já ser direcionada ao atendimento odontológico e, quando não for possível, ter o agendamento da 1ª consulta odontológica programática;
8. Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a consulta odontológica no horário mais conveniente à usuária;
9. Realizar o periograma como instrumento diagnóstico para detecção de um possível fator de risco para desfecho adverso na gestação e comunicar médico/enfermeiro sobre a presença deste agravo, quando presente.
10. Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde;
11. Implementar as recomendações constantes nas Diretriz para prática clínica odontológica na APS: tratamento em gestantes (2022);
12. Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
13. 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.
14. Registrar na Caderneta da Gestante as informações atinentes à saúde bucal para que agravos bucais sejam monitorados por toda a equipe.

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. 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.

6.2. 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.

6.3. A qualidade do registro de informação, pressupõe:

1. Registro diário e, preferencialmente, durante o contato assistencial;
2. Adequado preenchimento dos campos relacionados, conforme os documentos [Guias de Qualificação dos Indicadores](#);
3. 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;
4. 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](#);
5. Manutenção e atualização dos sistemas de prontuário e dos cadastros de profissionais e do estabelecimento da APS em convergência com o cadastro no SCNES.
6. Para o indicador “**Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado**” é necessário:
7. A correta identificação da usuária com registro de CPF ou CNS, sendo preferencial a indicação do CPF; Variável sexo feminino preenchida
8. 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;
9. 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.

6.4. Observadas as condições acima, a gestante poderá ser encaminhada para a realização do atendimento odontológico. O registro clínico dos procedimentos odontológicos realizados deve ser informado normalmente pela equipe de Saúde Bucal ou por outro modelo de atenção odontológica da APS onde a gestante for atendida.

6.5. Caso o cirurgião-dentista perceba que a gestante ainda não começou o pré-natal ou que o módulo de pré-natal no PEC não está habilitado, ele deve referenciar a gestante à eSF ou eAP para que ela consiga iniciar o acompanhamento gestacional em tempo oportuno.

7. FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo.
INTERPRETAÇÃO (que mede?)	<p>Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico individual na APS entre a Data da Última Menstruação (DUM) e a Data Prevista de Parto (DPP) + 14 dias. Compreende o registro da consulta/atendimento odontológica individual realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, identificar agravos bucais que têm potencial relação com desfechos adversos na gestação. O indicador fomenta o atendimento odontológico à gestante, enquanto fator protetivo e etapa de rotina do pré-natal e o objetivo é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico individual, em relação à quantidade de gestantes corretamente cadastradas, identificadas e atendidas pelos médicos/enfermeiros na APS ou em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo cadastro municipal, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.</p> <p>Recomendações com base em evidências científicas atuais e disponíveis mostram que deve ocorrer, pelo menos, uma consulta odontológica preferencialmente no 2º trimestre da gestação e consultas odontológicas emergenciais a qualquer tempo. Os tratamentos odontológicos não devem ser limitados à tipo ou período gestacional, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício, respeitando a individualidade e a opinião da gestante, mas sempre esclarecendo-a quanto a segurança dos tratamentos odontológicos. Recomenda-se também a realização do periograma, visando o diagnóstico de doença periodontal para identificação de um potencial fator de risco para desfecho gestacional adverso.</p>
USO (Para que fim?)	Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; Incentivar a integração dos profissionais das equipes da APS do município; Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pré-natal integral na APS; Demonstrar a capacidade que a eSF/eAP em conjunto com o cirurgião-dentista da APS tem de coordenar o cuidado da gestante para que ela tenha um acompanhamento de pré-natal efetivo.
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC.
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral.
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Q2.21.
PARÂMETRO	100%.
META	60%.
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{(\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}) \text{ ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \right) \times \text{nº nascidos vivos SINASC}} \times 100$ <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>

<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p>	<p style="text-align: center;"><u>DENOMINADOR IDENTIFICADO (SISAB):</u></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: 000, 0000, 0001, 0002, 0008, 0009, 010, 011, 012, 0120, 0121, 0122, 013, 014, 0140, 0141, 0149, 015, 0150, 0151, 0159, 016, 020, 0200, 0208, 0209, 021, 0210, 0211, 0212, 0218, 0219, 022, 0220, 0221, 0222, 0223, 0224, 0225, 0228, 0229, 023, 0230, 0231, 0232, 0233, 0234, 0235, 0239, 024, 0240, 0241, 0242, 0243, 0244, 0249, 025, 026, 0260, 0261, 0263, 0264, 0265, 0268, 0269, 028, 0280, 0281, 0282, 0283, 0284, 0285, 0288, 0289, 029, 0290, 0291, 0292, 0293, 0294, 0295, 0296, 0298, 0299, 030, 0300, 0301, 0302, 0308, 0309, 031, 0311, 0312, 0318, 032, 0320, 0321, 0322, 0323, 0324, 0325, 0326, 0328, 0329, 033, 0330, 0331, 0332, 0333, 0334, 0335, 0336, 0337, 0338, 0339, 034, 0340, 0341, 0342, 0343, 0344, 0345, 0346, 0347, 0348, 0349, 035, 0350, 0351, 0352, 0353, 0354, 0355, 0356, 0357, 0358, 0359, 036, 0360, 0361, 0362, 0363, 0365, 0366, 0367, 0368, 0369, 040, 041, 0410, 0411, 0418, 0419, 043, 0430, 0431, 0438, 0439, 044, 0440, 0441, 046, 0460, 0468, 0469, 047, 0470, 0471, 0479, 048, 0752, 0753, 098, 0990, 0991, 0992, 0993, 0994, 0995, 0996, 0997, 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: 002, 003, 005, 006, 004, Z303</p> <p style="text-align: center;"><u>DENOMINADOR ESTIMADO (SINASC):</u></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 style="text-align: center;"><u>NUMERADOR:</u></p> <p>Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de no mínimo 1 (um) atendimento odontológico individual realizado por cirurgião-dentista no período entre o início e fim da gestação (entre a DUM e DPP + 14 dias).</p> <p>OBS.: Entende-se atendimento odontológico como: atendimento odontológico individual realizado por profissional dentista (CBO: 2232), contendo a indicação da cidadã como “gestante”, devidamente registrado em modelo de informação do Atendimento Odontológico Individual da Estratégia e-SUS APS.</p> <p style="text-align: center;"><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>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>
---------------------------------	--

	<u>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</u>
	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 .
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	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.

8. REFERÊNCIAS

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. **IWorld Health Organization**. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>> (Acesso em 21/11/2021).
- 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.
- PIRIE, M. et al. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, v. 9, p. 21-26, 01/24 2007.
- Brasil (2021). **Diretrizes para a prática clínica na atenção primária Tratamento Odontológico em Gestantes**. Brasília: 2021 (versão preliminar). 53 p. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/file=20210615_N_DiretrizesPainelGestantesConsultaPublicaFinalCompressed_7466019242359489608.pdf> (Acesso em 21/11/2021).
- Almeida, *et al.* Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. **Odontol. Clín.-Cient.** : 10:4. 2011. Versão On-line ISSN 1677-3888
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Zaror C *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. **Int J Dent Hyg.** 2021 . doi: 10.1111/idh.12494.
- Peres MA *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **Lancet.** 2019 Jul 20;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8. Erratum in: *Lancet.* 2019 Sep 21;394(10203):1010. PMID: 31327369.
- MANRIQUE-CORREDOR, E. J. *et al.* Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. **Community Dent Oral Epidemiol** 2019 47:3, p. 243-251, Jun 2019.
- Carvalho JC *et al.* Occlusal caries: biological approach for its diagnosis and management. **Caries Res** 2016; 50:527–542.
- Casamassimo PS *et al.* Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. **J Am Dent Assoc** 2009 Jun;140(6):650–7.
- 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/>>
- 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.
- 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.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 08/07/2022, às 14:09, 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_externo=0, informando o código verificador **0027966506** e o código CRC **DF1346F6**.