



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-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 reprodutiva e infantil, ocasionando consequências como infertilidade e complicações na gestação e no parto, morte fetal e diversos 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 gonorréia, 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 o que recomenda o 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 toda amamentação⁵.

2.10. Ressalta-se que a testagem para HIV e Sífilis devem ser realizadas na primeira consulta (preferencialmente no primeiro trimestre), repetir no terceiro trimestre e no momento do parto, e em caso de positividade para HIV, deve-se realizar o aconselhamento pós-teste e encaminhamento da gestante para o seguimento do pré-natal no serviço de atenção especializada em IST/aids de referência⁷.

2.11. 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}.

2.12. 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 em tempo oportuno e de sua parceria sexual⁶.

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:** Número de gestantes com pré-natal na APS;
- **Denominador estimado:** Potencial de cadastro municipal/ População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por quadrimestre do período analisado.

$$\frac{\text{Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS}}{\left(\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)^*} \times 100$$

* 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.

3.6.1. DENOMINADOR

O denominador “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 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 do Relatório de Cadastros do SISAB.

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.

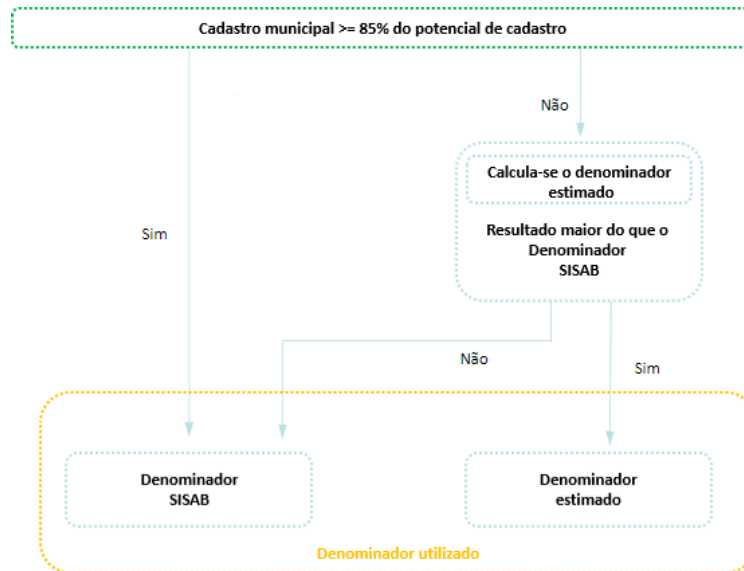
Destaca-se ainda a restrição de apuração dos dados das gestantes que tiveram a ocorrência de parto prematuro durante o período do pré-natal. Tal restrição tem relação com a impossibilidade de identificação do evento no sistema de registro da APS. Entretanto, a referida limitação não afeta os resultados 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 Saúde, com 32 semanas a gestante já realizou no mínimo 7 consultas, se iniciar o pré-natal com até 12 semanas de gestação. Com isso, reforçar-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)¹¹.

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 no SISAB 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



3.6.2. NUMERADOR

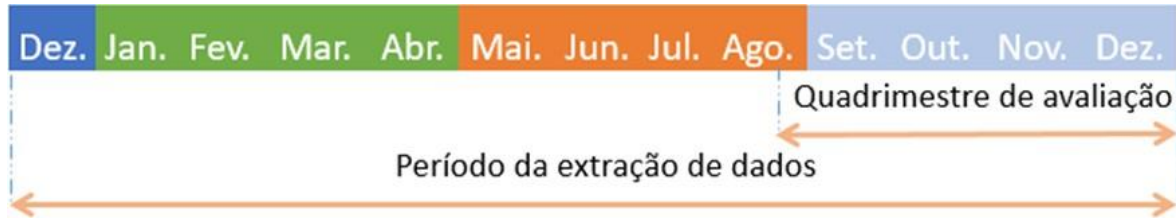
O numerador número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis é composto pelas mulheres identificadas no denominador que tiveram: 1) exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizado o procedimento de teste rápido para Sífilis e, 2) exame avaliado de Sorologia 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, independente da aplicação utilizada (Coleta de Dados Simplificado (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Prontuário Eletrônico de terceiros).

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**, contribuir, 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: 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 o 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.



ATENÇÃO! Os procedimentos de avaliação da sorologia podem ser realizados por profissionais médicos e enfermeiros, já a realização do teste rápido podem ser realizados por profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que estejam atuando em qualquer estabelecimento da Atenção Primária, desde que o registro dos desses procedimentos seja realizado nos sistemas da Estratégia e-SUS APS seguindo as orientações dispostas nos *Guias 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 o papel da APS no cuidado das gestantes nesse sentido recomenda-se:

- Realizar o acompanhamento nominal das pessoas vinculadas a equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- Orientar as usuárias 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 o cidadão 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;
- 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.
- 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.

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 podem ser produzidas somente 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 disponíveis 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 o documento *Guia 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.

6.6. Para o indicador “**Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV**” é necessário:

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

7. 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 re O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam esse exame, em relação a quantidade estimada de gestantes, ou informadas, que o mun
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 avali patologias para que seja assegurado tratamento adequado com vistas a minimizar danos ao feto.
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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis}}{\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{n}^\circ \text{ nascidos vivos SINASC} \right)^*} \times 100$ <p>* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, p denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>EXTRAÇÃO DOS DADOS</p> <p>Denominador: O denominador número de gestantes com pré-natal na APS é composto por mulheres que realizaram consulta/atendimento individual de p Gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre</p> <ol style="list-style-type: none"> Gestantes identificadas no sistema: <ul style="list-style-type: none"> 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. • Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235). • Gestantes finalizadas no sistema: <ul style="list-style-type: none"> 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 pr gestação, o que corresponde a 42 semanas. • A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação. • Obs. Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta é desconsiderada do quantitativo de gestantes, ou seja, do denom • <p>Códigos CID/CIAP para gestação: CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O95 O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O34 O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O475 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>Códigos CID/CIAP para identificação de aborto</p> <p>CIAP2: W82, W83.</p> <p>CID10: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3</p> <p>Numerador: O numerador número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de 1) exame avaliado de Sorologia de Sífilis (VDRL), ou realizado o procedimento de teste rápido por médico, enfermeiro no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias).</p> <p>*Avaliação dos exames de Sífilis e HIV: Atendimento realizado por médico (CBO 2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (CBO2235).</p> <p>*Teste rápido dos exames de Sífilis e HIV: procedimento por realizado por médico (CBO 2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (CBO 2235); técnicos de enfer</p> <p>SIGTAP/Descrição de Teste Rápido de Sífilis e HIV:</p> <p>02.14.01.004-0 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro</p> <p>02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV</p> <p>02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis</p> <p>02.14.01.008-2 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro</p> <p>SIGTAP/Descrição de Sorologias avaliadas:</p> <p>02.02.03.111-0 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis</p> <p>02.02.03.111-0 - Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes</p> <p>02.02.03.030-0 Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)</p> <p>Observação: A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação A DPP é calculada a partir da DUM ou IG (em semanas) preenchida no primeiro atendimento individual de pré-natal. Para finalizar a gestação no sistema, c</p> <p>Denominador estimado: O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo Considerar o menor número de nascidos vivos entre os quadrimestres do período de 2017 a 2019 (SINASC)</p> <p>Potencial de cadastro municipal: Fonte SISAB (Painel de Cadastros).</p> <p>Crítérios de exclusão: *Pessoas com registro do campo "saída do cidadão do cadastro" por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual; Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas/válidas. Mulheres gestantes com registro de aborto no período entre a DUM e a DPP + 14 dias: CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3</p> <p>Equipes e estabelecimentos considerados: Indicador calculado a partir de dados das pessoas cadastradas em INE de equipes eSF (70 exceto equipe ribeirinha) ou eAP (76). Se o indivíduo vinculado a eSF(exceto ribeirinha) e eAP for atendido em outras equipes (INE) ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SC</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 q SINASC. Considerar mulheres com registro de partos prematuros independentemente da quantidade de consultas realizadas
OBSERVAÇÕES	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe/município supera a quantidade de gestantes estimada pelo SINASC é utilizado o número de gesta O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais aten
DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA	Dezembro de 2021

8. CÁLCULO DO INDICADOR (EXEMPLOS)

8.1. EXEMPLO 1

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

- Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)
- População IBGE município: 10.000
- Potencial de cadastro populacional Q1.2021 (equipes avaliadas): 8.250
- Cadastro alcançado no Q1.2021 = 7.100
- Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 86,06%
- Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 200

DENOMINADOR:

SISAB: nº gestantes com pré-natal na APS = 120 (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de 2021).

Estimado: Potencial de cadastro sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. $8.250/10.000 \times 200 = 165$.

Utilizado: Será o denominador SISAB (120), pois o município possui mais 85% do cadastro esperado.

NUMERADOR:

SISAB: Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis = 86 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: $(86 / 120) \times 100 = 71,6\%$

8.2. EXEMPLO 2

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

- Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)
- População IBGE município: 32.000
- Potencial de cadastro populacional Q1.2021 (equipes avaliadas): 24.750
- Cadastro alcançado no Q1.2021 = 17.029
- Proporção de cadastro alcançado no Q1.2021: 68,80%
- Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC: 180

DENOMINADOR:

2021). **SISAB:** nº gestantes com pré-natal na APS = 65 (gestantes que pela DUM ou IG tinham data provável de parto para o período de janeiro a abril de

139,2. **Estimado:** Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC. $24.750/32.000 \times 180 =$

Utilizado: Será o denominador de maior valor (estimado = 139 gestantes), pois o município possui cadastro inferior a 85% do esperado.

NUMERADOR:

DPP). **SISAB:** Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis = 40 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a

Cálculo do indicador: $(40 / 139) \times 100 = 28,7\%$

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
	Exames Sífilis e HIV			Consulta		Pré-natal		Numerador	Denominador	
	Data	Profissional	Exame	Data	Profissional	DUM	DPP			
A	05/08/2020	Enfermeiro	Avaliação Teste rápido HIV e Sífilis	05/08/2020	Médico	26/07/2020	02/05/2021	Sim	Sim	Gestante com PN e exame de HIV e Sífilis com gestação finalizada em 02/05/2021 indicador a ser contabilizado para o 2º Quadrimestre 2021
B	22/07/2020	Técnico de Enfermagem	Avaliação Teste rápido HIV e Sífilis	22/07/2020	Médico	22/06/2020	29/03/2021	Não	Sim	Gestante com exame de HIV e Sífilis avaliado pelo Técnico enfermagem e não considerado para ser contabilizado no indicador. CBO inválido
C	12/06/2020	Enfermeiro	Avaliação de exame de HIV e Sífilis	01/06/2020	Enfermeiro	10/05/2020	14/02/2021	Sim	Sim	Gestante com PN e exame de HIV e Sífilis avaliados pelo Enfermeiro com gestação finalizada em 14/02/2021 e indicador a ser contabilizado para o 1º Quadrimestre 2021
D	20/12/2019	Médico	Teste rápido HIV e Sífilis	05/05/2020	Enfermeiro	17/04/2020	22/01/2021	Não	Sim	Exames realizados antes da DUM não considerado para ser contabilizado no indicador.

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.
-

[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 **0025109381** e o código CRC **5F73CB73**.

Referência: Processo nº 25000.013862/2022-47

SEI nº 0025109381

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br