

# LIVRO DE REGISTRO

PARA ACOMPANHAMENTO E  
MONITORAMENTO DA QUALIDADE  
DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.



# SUMÁRIO

Considerações Iniciais .....	03
Capítulo 1 - Instrução para o preenchimento dos dados para avaliação do cuidado Pré-Natal.....	03
• Identificação .....	03
• Dados obstétricos .....	03
• Dados da consulta .....	04
• Exames solicitados .....	04
• Vacinas .....	05
• Tratamento para sífilis .....	05
• Atividade educativa .....	05
• Suplementação .....	05
• Vinculação à maternidade .....	05
• Consulta puerperal .....	05
Capítulo 2 – Classificação de Risco Gestacional .....	06
Capítulo 3 – Registro de dados do acompanhamento Pré-Natal das gestantes na Atenção Primária à Saúde .....	10
Capítulo 4 – Estrutura existente na Unidade Básica de Saúde para o atendimento Pré-Natal - Dados para avaliação .....	14
Capítulo 5 – Critérios de Qualidade da Assistência Pré-natal recomendados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN .....	15
Capítulo 6 – Indicadores de saúde da Assistência Pré-Natal de acordo com os critério de qualidade recomendados pelo PHPN .....	16
Capítulo 7 – Indicadores adicionais de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN .....	25
Capítulo 8 – Grau de adequação do acompanhamento Pré-natal nas equipes de atenção primária à saúde quanto às diretrizes do PHPN e Rede Cegonha. ....	28
Capítulo 9 – Indicadores - Tabela com resultados condensados para a avaliação final da Qualidade da Assistência Pré-natal prestada pela Equipe de Saúde da APS. ....	29
Ficha Técnica.....	30
Referências Bibliográficas.....	30

## Considerações Iniciais

**E**ste Livro de Registro para Acompanhamento e Monitoramento da qualidade da Assistência Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde foi construído com o intuito de ser uma fonte de dados e ferramenta de gestão da unidade básica de saúde e município. Possibilita, a partir do preenchimento dos dados das consultas de cada gestante e da estrutura existente em cada unidade de saúde, calcular indicadores de saúde perinatal, analisar situações operacionais e planejar ações de melhoria ao serviço prestado às gestantes, diminuindo, assim, taxas de mortalidade materna e fetal e qualificando o serviço prestado ao binômio mãe-filho.

Para o Ministério da Saúde (MS) o acompanhamento

pré-natal adequado deve oferecer à gestante o início do atendimento no primeiro trimestre gestacional, o mínimo de 06 consultas, a oferta dos exames mínimos recomendados, a realização dos procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas, vacinas preconizadas, a oferta de atividades educativas à gestante, o acesso a suplementação de ferro e ácido fólico, a vinculação da gestante à maternidade e a realização da consulta puerperal até 42 dias após o parto. Esses fatores são importantes para a diminuição da incidência de agravos como baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênitas e óbito perinatal. Além desses critérios recomendados, podemos avaliar outros, como o número de adolescentes grávidas

acompanhadas, o tratamento realizado em 100% das gestantes diagnosticadas com sífilis, o percentual de partos normais, os quais demonstram a adequação no cuidado à gestante.

O sucesso da assistência perinatal depende do conhecimento da equipe de saúde quanto a esses indicadores; ao planejamento das ações necessárias para o alcance dos mesmos; a execução e ao acompanhamento da assistência prestada; a avaliação/análise dos serviços, insumos e situações operacionais disponíveis para o atendimento; e a correção dos fatores que impossibilitam o êxito do processo. Essa avaliação deve ser contínua. Observe que os dados a serem preenchidos neste livro são de caráter sigiloso e confidencial e devem ser

protegidos contra danos e extravios. As informações devem ser preenchidas de acordo com: as consultas realizadas à gestante, os dados registrados no prontuário e as informações preenchidas na caderneta da gestante. O registro deve ser finalizado na consulta puerperal, momento de desfecho do acompanhamento perinatal, quando os dados poderão ser analisados através dos indicadores. A consolidação e análise dos dados deve ser feita ao final de cada ano e enviada a coordenação municipal, pois irá servir como parâmetro para a melhoria da assistência e do organização do serviço, através da modificação de atitudes, e implementação de planos e metas para o alcance da qualidade da assistência pré-natal.

## Capítulo 1 – Instrução para o preenchimento dos dados para avaliação do cuidado Pré-Natal

### 1. IDENTIFICAÇÃO

#### • Avaliação de Risco Gestacional

Somente registrar nesse campo, caso no decorrer do acompanhamento pré-natal na APS a gestante for reavaliada como alto risco e encaminhada a unidade de referência para acompanhamento. Registrar a data e o local ao qual a gestante será referenciada.

#### • Nº Prontuário/Microárea

Registrar o número do prontuário da paciente na unidade de saúde. Caso seja uma Equipe Saúde da Família, identificar a equipe e registrar a microárea.

#### • Número CNS

Registrar o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) da paciente.

#### • Nome da gestante

Registrar de forma legível o nome completo da paciente

#### • Data de Nascimento

Registrar a data de nascimento da paciente completa, com dia, mês e ano.

#### • Idade

Registrar a idade da paciente.

### 2. DADOS OBSTÉTRICOS

#### • IG

Calcular e registrar a Idade Gestacional da gestante no momento do início do acompanhamento pré-natal com profissional de saúde na unidade de saúde.

#### • Cálculo da IG:

• Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa: é o método de escolha para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais: Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o

total por sete (resultado em semanas);

• Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

• Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu: Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos.

• Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos: Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem

## Instrução para o preenchimento dos dados para avaliação do cuidado Pré-Natal (continuação)

entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional. Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica.

### • GPA (Gestas, Parto, Aborto)

Registrar o número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme), o número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações), o número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento).

### • DUM

Registrar a data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida {?});

### • DPP

Calcular e registrar a data provável do parto. Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário. Com o disco (gestograma), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto. Outra forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

### 3. DADOS DA CONSULTA

- Registrar na linha 1 das consultas a idade gestacional da gestante em semanas, no momento da consulta;
- Registrar na linha 2 das consultas a sigla do profissional que realizou a consulta (CM: consulta médica; CG: consulta com ginecologista obstetra; CE: consulta com enfermeiro; CAS: consulta com assistente social; CP: consulta com psicólogo, CN: consulta com nutricionista; CO: consulta odontológica);
- Marcar com um X na linha 3, abaixo das consultas que apresentarem o registro da realização de todos os procedimentos clínico obstétricos recomendados em cada consulta (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF - Movimento fetal)

### 4. EXAMES SOLICITADOS

#### • 1º Trimestre

Marcar com um X em SIM, se a gestante realizar até a IG: 17s6d todos os seguintes exames: ABO-RH; Glicemia em Jejum, Sífilis (teste Rápido) e/ou VDRL, HIV/Anti HIV (teste rápido), Hepatite B-HBsAg, Toxoplasmose, Hemoglobina/Hematócrito, Urina EAS, Urina Cultura, Coombs Indireto. Marcar com um X em NÃO, se pelo menos um destes exames não forem realizados. Anotar o motivo pelo qual não foi realizado.

#### • 2º Trimestre

Marcar com um X em SIM, se a gestante realizar com IG entre 18s e 31s3d, todos os seguintes exames: Glicemia em Jejum, Teste Oral de Tolerância a Glicose (se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco, realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana), VDRL, Anti HIV, Hemoglobina/Hematócrito, Urina EAS, Urina Cultura, Coombs Indireto (se for Rh negativo). Marcar com um X em NÃO, se pelo menos um destes exames não forem realizados. Anotar o motivo pelo qual não foi realizado.

#### • 3º Trimestre

Marcar com um X em SIM, se a gestante realizar com a IG a partir de 31s4d todos os seguintes exames: Glicemia em Jejum, VDRL, Anti HIV, Hepatite B-HBsAg, Toxoplasmose (se o IgG não for reagente), Hemoglobina/Hematócrito, Urina EAS, Urina Cultura, Coombs Indireto (se for Rh negativo), Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação). Marcar com um X em NÃO, se pelo menos um destes exames não forem realizados. Anotar o motivo pelo qual não foi realizado.

#### • Ultrassonografia Obstétrica

**1º Trimestre** - Marcar com um X em SIM, se a gestante realizar os exames até a IG: 17s6d, caso contrário marcar com um X em NÃO.



## Instrução para o preenchimento dos dados para avaliação do cuidado Pré-Natal (continuação)

**2º Trimestre** - Marcar com um X em SIM, se a gestante realizar os exames com IG entre 18s e 31s3d, caso contrário marcar com um X em NÃO.

**3º Trimestre** - Marcar com um X em SIM, se a gestante realizar os exames com a IG a partir de 31s4d, caso contrário marcar com um X em NÃO.

### 5. VACINAS

• **Antitetânica:** Registrar a data da administração das doses de vacina. A vacina dtpa é recomendada a partir da 20ª semana gestacional. O intervalo entre as doses é de 60 dias, com o intervalo mínimo de 30 dias. Sempre solicitar histórico vacinal da gestante e proceder conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

• **Hepatite B:** Registrar a data da administração das doses de vacina. Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Sempre solicitar histórico vacinal da gestante e proceder conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

• **Influenza:** Registrar a data da administração. É recomendada a todas as gestantes, em qualquer período gestacional. Sempre solicitar histórico vacinal da gestante e proceder conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

### 6. TRATAMENTO PARA SÍFILIS

Caso seja necessário a realização do tratamento para sífilis na gestante marcar com um X em SIM e registrar na primeira linha as datas das 03 (três) doses recomendadas para o tratamento em gestantes (2.400.000 UI com intervalo de 07 dias entre as doses), e registrar na segunda linha as datas das doses administradas para o tratamento do parceiro, caso seja realizado. Importante registrar se a sífilis na gestante é recorrente, e proceder as orientações e esclarecimentos à gestante.

### 7. ATIVIDADE EDUCATIVA

Registrar a data que a gestante participou de atividade educativa ofertada na unidade de saúde. Mínimo de 01 atividade.

### 8. SUPLEMENTAÇÃO

• Sulfato Ferroso

Marcar com um X nos meses que a gestante recebeu a suplementação profilática de ferro. O mesmo deve ser ofertado a todas as gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional, até o terceiro mês pós-parto. Não marcar nos meses que a gestante deixou de receber, registrar o motivo da falta na tabela "estrutura existente na Unidade de Saúde para o atendimento pré-natal".

• Ácido Fólico

Marcar com um X nos meses que a gestante recebeu a suplementação com ácido fólico. O mesmo deve ser ofertado pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural ou a partir da primeira consulta e deve ser mantida durante toda a gestação. Não marcar nos meses que a gestante deixou de receber, registrar o motivo da falta na tabela "estrutura existente na Unidade de Saúde para o atendimento pré-natal".

### 9. VINCULAÇÃO À MATERNIDADE

Marcar com um X em SIM, caso a gestante seja orientada pela equipe do pré-natal sobre as maternidades de referência para o seu parto e da visita à maternidade antes do parto, de acordo com a Lei nº 11,108, de 26/10/2007. Nas linhas abaixo registrar a maternidade que a gestante foi vinculada e a data que a gestante realizou a visita à maternidade escolhida.

### 10. CONSULTA PUERPERAL

Registrar a data da consulta puerperal. Na primeira coluna registrar a data do parto, na segunda coluna, registrar o tipo de parto (PC para parto cesariano, PV para parto vaginal) e na terceira coluna registrar o peso do recém-nascido ao nascer.

## Classificação de Risco Gestacional

SITUAÇÕES DE RISCO QUE PODEM SER ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:	
Antecedentes obstétricos	
Condição	Orientações para seguimento na atenção primária
Abortamento habitual 1º trimestre (mais do que 2 abortos)	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias), de miomatose, malformações uterinas, consanguinidade, de alterações genéticas familiares, de exposição a substâncias tóxicas, de trombose.
Cirurgia uterina anterior (que não sejam cesáreas)	Recomendado agendamento de cesárea, fora do início de trabalho de parto, em torno de 39 semanas.
Esterilidade/infertilidade	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, malformações uterinas, miomatose, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias).
Intervalo interpartal menor que dois anos	Atenção para sinais de trabalho de parto prematuro. Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado dos filhos, avaliar afastamento laboral de companheiro/familiar/acompanhante na eventualidade de cuidado especial durante a gestação. Oferecer planejamento familiar.
Macrossomia fetal	Atenção para o desenvolvimento fetal, pesquisa de diabetes mellitus.
Nuliparidade e grande multiparidade (> 4 gestações)	Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado do(s) filho(s), oferecer planejamento familiar
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	Seguir orientações contidas no Capítulo 9 do Manual técnico
Recém-nascido com restrição de crescimento ou malformado	Pesquisar história de infecções prévias (toxoplasmose, sífilis, CMV), complicações clínicas (hipertensão, lúpus), malformação familiar. Solicitar USG morfológico de 1º. E 2º. trimestres, ecocardiografia fetal, se disponíveis. Acompanhamento da curva de crescimento fetal e altura uterina.
Síndromes hemorrágicas em partos anteriores	Afastar diagnóstico atual de placenta prévia, orientações sobre possibilidade de recorrência no parto atual, parto preferencialmente em hospital com suporte para urgências e emergências obstétricas.
Duas ou mais cesarianas prévias	Afastar diagnóstico atual de acretismo placentário com ultrassonografia no final do 3º trimestre. Recomendação de parto cesárea em torno de 39 semanas.
Acretismo placentário	Afastar diagnóstico na gestação atual.
Perdas gestacionais de 2º ou 3º trimestre	Afastar diagnóstico atual de acretismo placentário com ultrassonografia no final do 3º trimestre. Recomendação de parto cesárea em torno de 39 semanas.
Prematuridade prévia	Podem ser acompanhadas na atenção primária após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.
Morte perinatal explicada ou inexplicada;	Podem ser acompanhadas na atenção primária após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.

## Classificação de Risco Gestacional

SITUAÇÕES DE RISCO QUE PODEM SER ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:	
Características pessoais e sócio demográficas	
Condição	Orientações para seguimento na atenção primária
Menos que cinco anos de estudo regular	Atenção para nível de compreensão das orientações, especialmente recomendações escritas. Buscar formas alternativas de comunicação e solicitar acompanhante quando percebida limitação de entendimento.
Ocupação com esforço físico excessivo, trabalho noturno, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e níveis altos de estresse.	Avaliação de adequação de atividade, função, carga horária e solicitação médica formal ao empregador de mudança de função ou área de trabalho. Orientar pausas periódicas para descanso, especialmente após as refeições.
Suporte familiar ou social inadequado	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e do serviço social.
Situação afetiva conflituosa	Oferecer/Solicitar acompanhamento psicológico e social, atentar para risco de violência doméstica (investigação periódica)
Transtorno mental	Encaminhamento para avaliação psicológica/CAPS, monitoramento e vigilância de piora de sintomas, especialmente piora depressiva, ideação suicida. Valorização de queixas subjetivas. Investigar o abuso de substâncias psicoativas e fumo.
Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social	Oferecer/Solicitar avaliação do serviço social.
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas	Encaminhamento para CAPS AD, oferecer/solicitar acompanhamento psicológico, rever periodicidade de consultas. Pesquisar situação de rua e comportamentos sexuais de risco.
Violência doméstica, abuso, assédio moral	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e serviço social. Oferecer apoio e abordar importância e possibilidade de denúncia em caso de violência.
Altura menor que 1,45 m	Atenção para crescimento uterino e valorização de queixas de contrações ou perdas vaginais.
Idade menor que 15 e maior que 35 anos	No caso de adolescentes, buscar adequação da atenção obstétrica respeitando as particularidades sociais e psicológicas da faixa etária, maior risco de complicações (como prematuridade). E recomendada a realização de grupos de orientações e consultas dirigidas para essa população.
Índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie baixo peso (<20Kg/mm <sup>2</sup> ) ou, sobrepeso (25 -29,99Kg/m <sup>2</sup> ) ou obesidade (≥30Kg/m <sup>2</sup> )	Oferecer/Solicitar avaliação e acompanhamento nutricional, orientações quanto atividade física

## Classificação de Risco Gestacional

SITUAÇÕES DE RISCO ONDE SE RECOMENDA O ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES	
<b>Morbidade prévia e atual</b> (encaminhamento para referência em pré-natal de risco e avaliação com especialista para definição de complexidade da atenção pré-natal)	
Alterações genéticas maternas; Alterações ósteo-articulares de interesse obstétrico; Aneurismas; Asma grave. Aterosclerose; Câncer; Cardiopatias; Cirurgia abdominal prévia com história de complicações; Cirurgia bariátrica; Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras collagenoses); Doenças inflamatórias intestinais crônicas; Doenças psiquiátricas com acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);	Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus); Epilepsia; Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); Hanseníase; Hemopatias; Hipertensão arterial crônica, com ou sem medicação; Infecção urinária de repetição; Nefropatias; Pneumopatias; Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras IST); Tromboembolismo; Tuberculose;
<b>Doença obstétrica na gravidez atual</b> (acompanhamento pré-natal no serviço de referência em pré-natal de alto risco)	
Aloimunização; Amniorrexe prematura; Gestação múltipla; Gravidez prolongada. Hidropsia fetal; Malformações fetais maiores; Óbito fetal;	Oligo ou polidrâmnio; Restrição de crescimento fetal; Síndromes hemorrágicas; Síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia superposta); Trabalho de parto prematuro;



## Classificação de Risco Gestacional

SITUAÇÕES DE RISCO ASSOCIADAS APENAS AO PARTO	
Condição	Orientações para a unidade onde é realizado o acompanhamento pré-natal
Antecedente de atonia uterina pós-parto	Planejamento do local de parto (maternidade de referência), que possa oferecer as condições adequadas de cuidado em situação de emergência.

FATORES DE RISCO QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
<p>Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento;</p> <p>Anemia grave (Hb &lt; 8g/dl);</p> <p>Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.;</p> <p>Crise hipertensiva (PA ≥ 160/110mmHg);</p> <p>Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria);</p> <p>Eclâmpsia/convulsões;</p> <p>Hipertermia (Tax &gt; = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS (infecção das vias aéreas superiores);</p> <p>Suspeita de trombose venosa profunda;</p> <p>Suspeita/diagnóstico de abdome agudo;</p> <p>Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;</p> <p>Prurido gestacional/icterícia;</p> <p>Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia);</p> <p>Idade gestacional de 41 semanas confirmadas ou mais.</p>

Registro de dados do acompanhamento Pré-Natal das gestantes na Atenção Primária à Saúde

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																				
1	Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional																	
										2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)											2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional								
										3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)											3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____								
										Consulta											Ultrassonografia Obstétrica			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Data da visita à Maternidade: ____/____/____											
								1			1º Trimestre			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____																		
								2			2º Trimestre						Data	Data	Data	Data do parto	Tipo de Parto	Peso do RN ao nascer																
								3			3º Trimestre																											

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																				
2	Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional																	
										2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)											2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional								
										3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)											3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____								
										Consulta											Ultrassonografia Obstétrica			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Data da visita à Maternidade: ____/____/____											
								1			1º Trimestre			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____																		
								2			2º Trimestre						Data	Data	Data	Data do parto	Tipo de Parto	Peso do RN ao nascer																
								3			3º Trimestre																											

Registro de dados do acompanhamento Pré-Natal das gestantes na Atenção Primária à Saúde

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional																																																																																																																																																																																																																																																																																												
3 Gestante avaliada como Alto Risco em: ____/____/____ e referenciada ao PN de Alto Risco: _____									2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)								2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:		1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional																																																																																																																																																																																																																																																																																							
									3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)								3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																						
									Consulta								1ª			2ª			3ª			4ª			5ª			6ª			7ª			8ª			Ultrassonografia Obstétrica			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____																																																																																																																																																																																																																																																														
									1								2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22			23			24			25			26			27			28			29			30			31			32			33			34			35			36			37			38			39			40			41			42			43			44			45			46			47			48			49			50			51			52			53			54			55			56			57			58			59			60			61			62			63			64			65			66			67			68			69			70			71			72			73			74			75			76			77			78			79			80			81			82			83			84			85			86			87			88			89			90			91			92			93			94			95			96			97		

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional																																																																																																																																																																																																																																																																																												
4 Gestante avaliada como Alto Risco em: ____/____/____ e referenciada ao PN de Alto Risco: _____									2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)								2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:		1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional																																																																																																																																																																																																																																																																																							
									3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)								3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																						
									Consulta								1ª			2ª			3ª			4ª			5ª			6ª			7ª			8ª			Ultrassonografia Obstétrica			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____																																																																																																																																																																																																																																																														
									1								2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20			21			22			23			24			25			26			27			28			29			30			31			32			33			34			35			36			37			38			39			40			41			42			43			44			45			46			47			48			49			50			51			52			53			54			55			56			57			58			59			60			61			62			63			64			65			66			67			68			69			70			71			72			73			74			75			76			77			78			79			80			81			82			83			84			85			86			87			88			89			90			91			92			93			94			95			96			97		

Registro de dados do acompanhamento Pré-Natal das gestantes na Atenção Primária à Saúde

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																				
5	Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional																	
										2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)											2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional								
										3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)											3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			Hepatite B			Parceiro			Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____								
										Consulta											Ultrassonografia Obstétrica			1ª Dose			2ª Dose			3ª Dose			Data da visita à Maternidade: ____/____/____					
								1			2			3			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____															
																				Data			Data			Data			Data do parto			Tipo de Parto			Peso do RN ao nascer			

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																				
6	Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional																	
										2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)											2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional								
										3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)											3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			Hepatite B			Parceiro			Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____								
										Consulta											Ultrassonografia Obstétrica			1ª Dose			2ª Dose			3ª Dose			Data da visita à Maternidade: ____/____/____					
								1			2			3			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____															
																				Data			Data			Data			Data do parto			Tipo de Parto			Peso do RN ao nascer			



Registro de dados do acompanhamento Pré-Natal das gestantes na Atenção Primária à Saúde

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																
Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional														
7 Gestante avaliada como Alto Risco em: ____/____/____ e referenciada ao PN de Alto Risco: _____									2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)								2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:		1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional									
									3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)								3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			Hepatite B			Parceiro			Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____								
									Consulta								Ultrassonografia Obstétrica			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____								
									1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1	2	3	( ) 1º Trimestre ( ) 2º Trimestre ( ) 3º Trimestre	Data	Data	Data	Data do parto	Tipo de Parto	Peso do RN ao nascer								

Identificação				Dados Obstétricos			Dados das Consultas								Exames Completos Realizados	Vacinação	Tratamento para Sífilis	Suplementação																
Avaliação Risco Gestacional	Nº Prontuário/Microárea	Nº CNS	Nome da Gestante	Data de Nascimento/Idade	IG	GPA (Gestas, Parto, Aborto)	DUM	DPP	1 Idade Gestacional da Gestante em Semanas (Anotar na linha abaixo de número 1)								1º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:	AntiTetânica	( ) SIM ( ) NÃO, se sim, é recorrente? ( ) SIM ( ) NÃO	Sulfato Ferroso/Mês Gestacional														
8 Gestante avaliada como Alto Risco em: ____/____/____ e referenciada ao PN de Alto Risco: _____									2 Profissional que realizou o atendimento (EX.: CM – Consulta Médica) (Anotar na linha abaixo de número 2)								2º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:		1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Ácido Fólico/ Mês Gestacional									
									3 Todos os procedimentos clínico-obstétricos realizados? (IG, peso, IMC – índice de massa corporal, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, BCF – batimento cardíaco fetal e MF – Movimento fetal) (Caso sim, registrar um X na linha abaixo de número 3)								3º Trimestre ( ) SIM ( ) NÃO, se não, qual o motivo:			Hepatite B			Parceiro			Vinculação da Gestante à Maternidade ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Maternidade que a gestante foi vinculada: _____								
									Consulta								Ultrassonografia Obstétrica			Influenza			Atividade Educativa			Consulta Puerperal: DATA: ____/____/____								
									1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1	2	3	( ) 1º Trimestre ( ) 2º Trimestre ( ) 3º Trimestre	Data	Data	Data	Data do parto	Tipo de Parto	Peso do RN ao nascer								

Estrutura existente na Unidade Básica de Saúde para o atendimento Pré-Natal - Dados para avaliação

ANO: \_\_\_\_\_

Esses dados devem estar contidos nos relatórios de consolidação e análise dos dados, pois influenciam diretamente na qualidade da assistência pré-natal ofertada pelos profissionais de saúde da atenção básica. Avalie mensalmente a estrutura, os materiais e insumos disponíveis e solicite sempre que necessário à coordenação local.

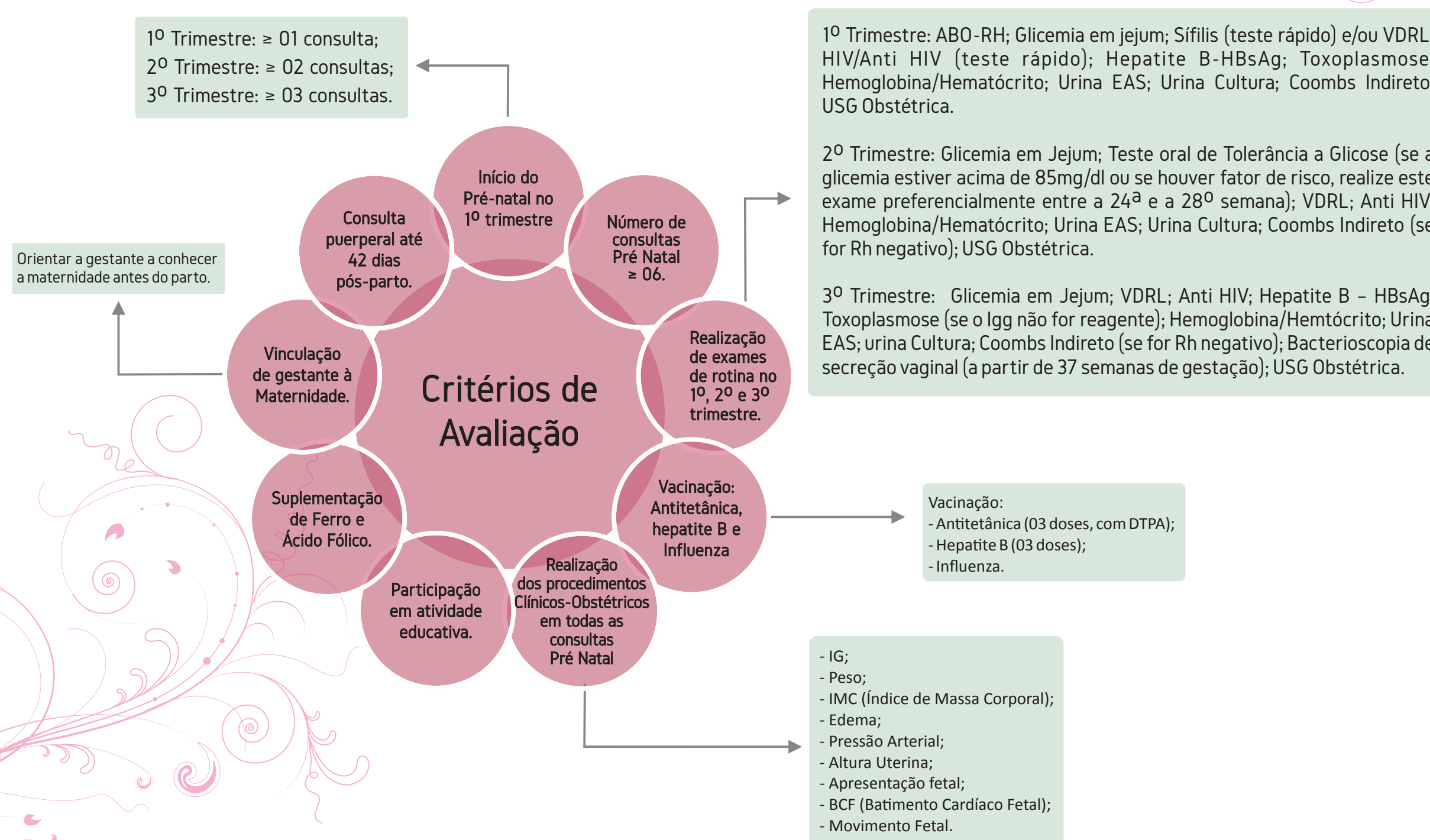
Mês	Consultório para a realização do pré-natal existente?		Maca para realização do exame físico		Sonar funcionando?		Fita métrica?		Balança adulto funcionando?		Gestograma?		CAB* - Pré-natal para a equipe de saúde?		Equipe Mínima** Existente?		Medicamento disponível para tratamento de sífilis?		Ferro e Ácido Fólico disponíveis?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
JANEIRO																					
FEVEREIRO																					
MARÇO																					
ABRIL																					
MAIO																					
JUNHO																					
JULHO																					
AGOSTO																					
SETEMBRO																					
OUTUBRO																					
NOVEMBRO																					
DEZEMBRO																					

\*Caderno de Atenção Básica

\*\*Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Critérios de Qualidade da Assistência Pré-natal recomendados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN

Para a assistência pré-natal de qualidade a equipe de saúde da atenção primária deve conhecer os critérios que a norteiam. Na figura abaixo estão relacionados os critérios recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) a partir do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a estratégia Rede Cegonha. Após, serão descritos indicadores de saúde perinatais para nortear as ações no alcance dessa qualidade (quanto mais critérios alcançados, maior a qualidade da assistência pré-natal).



Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 01:**

**PROPORÇÃO DE GESTANTES COM INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO 1º TRIMESTRE.**

Conceito: Percentual de gestantes atendidas na unidade básica de saúde com início do acompanhamento pré-natal no 1º trimestre gestacional.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência do início do acompanhamento pré-natal no 1º trimestre gestacional. O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde da atenção primária.

Método de Cálculo: Número de gestantes atendidas na unidade básica de saúde com início do acompanhamento pré-natal no 1º trimestre gestacional em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, a demora no diagnóstico da gestação, falta do teste rápido de gravidez.

Parâmetro do Indicador: 90% de gestantes atendidas na unidade básica de saúde com início do acompanhamento pré-natal no 1º trimestre gestacional.

**Cálculo:**

Considerar A: Número de gestantes atendidas na unidade básica de saúde com início do acompanhamento pré-natal no 1º trimestre gestacional em determinado período.

Considerar B: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $A/B \times 100$

Indicador 01: PROPORÇÃO DE GESTANTES COM INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO 1º TRIMESTRE.								
Período Analisado =>		___/___/___ a	___/___/___ a	___/___/___ a	___/___/___ a	___/___/___ a	___/___/___ a	___/___/___ a
		___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
		Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
A	Gestantes atendidas na unidade básica de saúde com início do acompanhamento pré-natal no 1º trimestre gestacional em determinado período.							
B	Gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.							
Fator de Multiplicação	100							
Resultado no Período Analisado = <b>(A+B)x100</b>								



Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 02:**

**PROPORÇÃO DE GESTANTES COM 06 OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL.**

Conceito: Percentual de gestantes da unidade de saúde com 06 ou mais consultas realizadas pela equipe de saúde da atenção básica em determinado período.

Interpretação: Esse indicador mede a cobertura de atendimento pré-natal de gestantes. Contribui para análise de condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em combinação com outros indicadores, como número de exames realizados, vacinação.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado com 06 ou mais consultas em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, o início do acompanhamento tardio, a falta de profissionais na unidade de saúde.

Parâmetro do Indicador: 90% de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado com 06 ou mais consultas.

**Cálculo:**

Considerar C: Número de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado com 06 ou mais consultas na unidade básica de saúde em determinado período.

Considerar D: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $C/D \times 100$

Indicador 02: PROPORÇÃO DE GESTANTES COM 06 OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL.							
Período Analisado =>		__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
C	Gestantes em Acompanhamento pré-natal finalizado com 06 ou mais consultas.						
D	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado em determinado período.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = <b>(C+D)x100</b>							

Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 03:**

**PROPORÇÃO DE GESTANTES COM TODOS OS EXAMES PRECONIZADOS NO PRÉ-NATAL REALIZADOS.**

Conceito: Percentual de gestantes atendidas na unidade básica de saúde com todos os exames preconizados realizados.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de gestantes atendidas na unidade básica de saúde com a realização dos exames preconizados no pré-natal. Os exames preconizados pelo MS devem ser ofertados a todas as gestantes, pois possibilita diagnosticar e intervir em casos confirmados de doenças que oferecem risco ao feto e à vida da mãe.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de gestantes com pré-natal finalizado atendidas na unidade básica de saúde com exames preconizados realizados em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, a não oferta dos exames preconizados, a oferta incompleta dos mesmos.

Parâmetro do Indicador: 90% de gestantes atendidas na unidade básica de saúde com exames preconizados realizados.

**Cálculo:**

Considerar E: Número de gestantes com pré-natal finalizado atendidas na unidade básica de saúde com exames preconizados realizados em determinado período.

Considerar F: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $E/F \times 100$

Indicador 03: PROPORÇÃO DE GESTANTES COM TODOS OS EXAMES PRECONIZADOS NO PRÉ-NATAL REALIZADOS.								
Período Analisado =>		__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__
		Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
E	Gestantes com pré-natal finalizado atendidas na unidade básica de saúde com todos os exames preconizados realizados em determinado período.							
F	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.							
Fator de Multiplicação	100							
Resultado no Período Analisado = <b>(E+F)x100</b>								

Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 04:**

**PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO.**

Conceito: Percentual de gestantes com esquema vacinal completo no pré-natal realizado na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de gestantes com o esquema vacinal completo no pré-natal realizado pela equipe de atenção básica. Importante para a proteção da mulher grávida, livrando-a de doenças e complicações da gestação, e a proteção do feto, recém-nascido e/ou lactente, favorecendo-o com anticorpos para que possa resistir a infecções devido à baixa resistência do sistema imunológico.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de gestantes com esquema vacinal completo no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, a não adesão da gestante a vacinação, a falta das vacinas ou insumos na unidade básica de saúde.

Parâmetro do Indicador: 90% das gestantes com esquema vacinal completo.

**Cálculo:**

Considerar G: Número de gestantes com esquema vacinal completo no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período.

Considerar H: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $G/H \times 100$

Indicador 04: PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO.							
Período Analisado =>		___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
G	Gestantes com esquema vacinal completo no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período.						
H	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = $(G+H) \times 100$							

Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 05:**  
**PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS EM TODAS AS CONSULTAS PRÉ-NATAL.**  
 Conceito: Percentual de gestantes com procedimentos clínico-obstétricos realizados por profissional de saúde em todas as consultas pré-natal realizado na unidade básica de saúde.  
 Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de gestantes com realização de procedimentos clínico-obstétricos por profissional de saúde em todas as consultas do acompanhamento pré-natal. A realização dos exames laboratoriais, clínico-obstétricos e dos procedimentos técnicos (aferição da pressão arterial, peso e estatura da gestante, medida da altura uterina, entre outros) durante o pré-natal é medida essencial para prevenir, identificar e corrigir de maneira oportuna quaisquer anormalidades ou riscos que possam causar prejuízos à saúde materna ou fetal.  
 Fonte: dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.  
 Método de Cálculo: Número de gestantes com realização de procedimentos clínico-obstétricos por profissional de saúde em todas as consultas do acompanhamento pré-natal em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.  
 Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, a falta de estrutura e equipamentos para o profissional de saúde na unidade básica de saúde.  
 Parâmetro do Indicador: 90% de gestantes com procedimentos clínico-obstétricos realizados por profissional de saúde durante o acompanhamento pré-natal.

**Cálculo:**  
 Considerar I: Número de gestantes com realização de procedimentos clínico-obstétricos por profissional de saúde em todas as consultas do acompanhamento pré-natal em determinado período.  
 Considerar J: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.  
 Fator de Multiplicação: 100  
 Fórmula:  $I/J \times 100$

Indicador 05: PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS EM TODAS AS CONSULTAS PRÉ-NATAL.							
Período Analisado =>		___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
I	Gestantes com realização de procedimentos clínico-obstétricos por profissional de saúde em todas as consultas do acompanhamento pré-natal em determinado período.						
J	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = $(I+J) \times 100$							



**Indicador 06:**

**PROPORÇÃO DE ATIVIDADE EDUCATIVA NO PRÉ-NATAL.**

Conceito: Percentual de atividade educativa no pré-natal realizada na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de atividades educativas no pré-natal realizado pela equipe de atenção básica. As atividades educativas no pré-natal, sejam elas individuais ou em grupo, constituem-se em um espaço de discussão informal sobre questões relevantes para a assistência à mulher/família no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de atividades educativas no pré-natal realizadas na unidade básica de saúde em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, a falta de local para a realização das atividades.

Parâmetro do Indicador: 90% das gestantes com atividade educativa realizada.

**Cálculo:**

Considerar L: Número de atividades educativas no pré-natal realizadas na unidade básica de saúde em determinado período.

Considerar M: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $L/M \times 100$

Indicador 06: PROPORÇÃO DE ATIVIDADE EDUCATIVA NO PRÉ-NATAL.							
Período Analisado =>		__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
L	Atividades educativas no pré-natal realizadas na unidade básica de saúde em determinado período.						
M	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = $(L+M) \times 100$							

Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 07:**

**PROPORÇÃO DE GESTANTES COM SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO.**

Conceito: Percentual de gestante com suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal realizado na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de gestante com suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal realizado na unidade básica de saúde. O MS definiu o sulfato ferroso e o ácido fólico como suplementos medicamentosos essenciais durante a fase gestacional. Em 2005 foi criado o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que consiste na suplementação preventiva de ferro para crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de gestante com suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, a não adesão devido aos efeitos colaterais indesejáveis, a falta dos suplementos na unidade de saúde.

Parâmetro do Indicador: 90% das gestantes com suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal realizado.

**Cálculo:**

Considerar N: Número de gestantes com suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período.

Considerar O: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $N/O \times 100$

Indicador 07: PROPORÇÃO DE GESTANTES COM SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO.							
Período Analisado =>		__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
N	Gestantes com suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período						
O	Gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = $(N+O) \times 100$							

Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 08:**

**PROPORÇÃO DE GESTANTES VINCULADAS À MATERNIDADE.**

Conceito: Percentual de gestantes vinculadas à maternidade no pré-natal realizado na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de gestantes vinculadas à maternidade no pré-natal realizado pela equipe de atenção básica. Lei nº 11.634, de 27 de, que garante o direito de toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde conhecer previamente a maternidade que será realizado o seu parto e a maternidade que será atendida nos casos de intercorrências durante o pré-natal. O profissional de saúde deve vincular a gestante à maternidade durante o acompanhamento pré-natal.

Fonte: dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de gestantes vinculadas à maternidade no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, a ausência de um plano de vinculação à gestante, o desconhecimento da equipe do plano de vinculação da gestante municipal, a distância da maternidade da residência da gestante, a condição socioeconômica da gestante que a impede de ir conhecer a maternidade.

Parâmetro do Indicador: 100% das gestantes vinculadas à maternidade.

**Cálculo:**

Considerar P: Número de gestantes com esquema vacinal completo no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período.

Considerar Q: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $P/Q \times 100$

Indicador 08: PROPORÇÃO DE GESTANTES VINCULADAS À MATERNIDADE.							
Período Analisado =>		__/__/__ a __/__/__ a	__/__/__ a __/__/__ a	__/__/__ a __/__/__ a	__/__/__ a __/__/__ a	__/__/__ a __/__/__ a	__/__/__ a __/__/__ a
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
P	Gestantes vinculadas à maternidade no pré-natal realizado na unidade básica de saúde em determinado período						
Q	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = $(P+Q) \times 100$							

Indicadores de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 09:**

**PERCENTUAL DE CONSULTA PUERPERAL.**

Conceito: Percentual de consulta puerperal realizada na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de consultas puerperais realizadas pela equipe de atenção básica. A consulta puerperal é fundamental para as orientações quanto os cuidados com o recém-nascido e avaliação do estado de saúde da mãe. É um momento importante para a abordagem do planejamento reprodutivo.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de consultas puerperais realizadas na unidade básica de saúde em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, o não comparecimento da gestante para a consulta puerperal, área descoberta de agente comunitário de saúde para realização da consulta na primeira semana de vida no domicílio.

Parâmetro do Indicador: 90% de consulta puerperal realizada.

**Cálculo:**  
 Considerar R: Número de consultas puerperais realizadas na unidade básica de saúde em determinado período.  
 Considerar S: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.  
 Fator de Multiplicação: 100  
 Fórmula:  $R/S * 100$

Indicador 09: PERCENTUAL DE CONSULTA PUERPERAL.								
Período Analisado =>		__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__	__/__/__ a __/__/__
		Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
R	Consultas puerperais realizadas na unidade básica de saúde em determinado período							
S	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.							
Fator de Multiplicação	100							
Resultado no Período Analisado = $(P+Q) \times 100$								



Indicadores adicionais de saúde da Assistência Pré-natal de acordo com os critérios de qualidade recomendados pelo PHPN

**Indicador 10:**

**PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS.**

Conceito: Percentual de partos normais em todas as gestantes atendidas na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos. O parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido. Permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o que pode refletir um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de partos normais nas gestantes da unidade de saúde em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, o não comparecimento da gestante para a consulta puerperal, área descoberta de agente comunitário de saúde para realização da consulta na primeira semana de vida no domicílio.

Parâmetro do Indicador: 70% de partos normais, admitindo-se até 30% de partos cesáreos. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos.

**Cálculo:**

Considerar T: Número de partos normais nas gestantes da unidade básica de saúde em determinado período.

Considerar U: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $T/U \times 100$

Indicador 10: PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS.							
Período Analisado =>		___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___	___/___/___ a ___/___/___
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
T	Partos normais nas gestantes da unidade de saúde em determinado período.						
U	Gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = $(T+U) \times 100$							

**Indicador 11:**

**PROPORÇÃO DE GESTANTES ADOLESCENTES.**

Conceito: Percentual de gestantes adolescentes de 10 a 19 anos atendidas na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência de gestantes adolescentes de 10 a 19 anos atendidas na unidade básica de saúde. Condições como prematuridade e o baixo peso ao nascer tendem a ser mais frequentes em nascidos de mães adolescentes. Oferece indicações sobre a frequência da gravidez precoce, a ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população atendida e a necessidade da orientação quanto o planejamento reprodutivo.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de gestantes adolescentes de 10 a 19 anos atendidas na unidade básica de saúde em determinado período, dividido pelo número total de gestantes com acompanhamento pré-natal finalizado no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento.

Parâmetro do Indicador: ≤ 5% de gestantes adolescentes de 10 a 19 anos atendidas na unidade básica de saúde.

**Cálculo:**

Considerar V: Número de gestantes adolescentes de 10 a 19 anos atendidas na unidade de saúde em determinado período.

Considerar X: Número total de gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $V/X \times 100$

Indicador 11: PROPORÇÃO DE GESTANTES ADOLESCENTES.							
Período Analisado =>		__/__/__ a __/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
V	Gestantes adolescentes de 10 a 19 anos atendidas na unidade de saúde em determinado período.						
X	Gestantes com acompanhamento pré-natal no mesmo período e local.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = $(V+X) \times 100$							

**Indicador 12:**

**PROPORÇÃO DE TRATAMENTO REALIZADO EM GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS.**

Conceito: Percentual de tratamento realizado em gestantes diagnosticadas com sífilis na unidade básica de saúde.

Interpretação: Esse indicador mede a ocorrência tratamentos realizado em gestantes diagnosticadas com sífilis na unidade básica de saúde. A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina.

Fonte: Dados registrados no livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade pré-natal das gestantes pela equipe de saúde.

Método de Cálculo: Número de gestantes diagnosticadas com sífilis na unidade básica de saúde com tratamento realizado em determinado período, dividido pelo número total de gestantes diagnosticadas com sífilis no mesmo período e local. Fator de multiplicação 100.

Limitações: A não alimentação das informações do livro de acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência pré-natal, a mudança de endereço da gestante no decorrer do acompanhamento, tratamento inadequado, falta de medicamento para o tratamento.

Parâmetro do Indicador: 100% das gestantes diagnosticadas com sífilis com tratamento realizado na unidade básica de saúde.

**Cálculo:**

Considerar Z: Número de gestantes diagnosticadas com sífilis na unidade básica de saúde com tratamento realizado em determinado período.

Considerar W: número total de gestantes diagnosticadas com sífilis no mesmo período e local.

Fator de Multiplicação: 100

Fórmula:  $Z/W \times 100$

Indicador 12: PROPORÇÃO DE TRATAMENTO REALIZADO EM GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS.							
Período Analisado =>		__/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a	__/__/__ a
		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
		Número	Número	Número	Número	Número	Número
Z	Gestantes diagnosticadas com sífilis na unidade básica de saúde com tratamento realizado em determinado período.						
W	Total de gestantes diagnosticadas com sífilis no mesmo período e local.						
Fator de Multiplicação	100						
Resultado no Período Analisado = <b>(Z+W)x100</b>							

Todos os indicadores possuem a mesma relevância na qualidade da assistência pré-natal, por isso a definição das faixas percentuais esperadas é válida para todos.

	Estágios	Intervalo (%)
1	Adequado	75,01 a 100,00
2	Parcialmente Adequado	50,1 a 75,00
3	Incipiente	25,1 a 50
4	Não Adequado	0 a 25

- Para identificar grau de adequado a cada indicador, verifique em qual intervalo está o resultado.
- Para calcular o grau de adequação do acompanhamento pré-natal, calcule a média aritmética dos 09 indicadores de qualidade.



Indicadores - Tabela com resultados condensados para a avaliação final da Qualidade da Assistência Pré-natal prestada pela Equipe de Saúde da APS.

Segundo o Ministério da Saúde o cuidado Pré-Natal só poderá ser considerado adequado, ou seja, ter qualidade, se todos os critérios de estabelecidos como essenciais forem realizados. À partir da análise dos resultados calculados por cada indicador, em determinado período, do processo de trabalho e da infra-estrutura presente na sua unidade, avalie a magnitude da adequação de qualidade da assistência pré-natal realizada pela sua equipe de saúde da atenção primária à saúde. Lembre-se que a avaliação de desempenho é um processo dinâmico, presente em todo o processo de gestão, mas, particularmente mais relacionado a fase de execução e controle do planejamento, gerando informações para os gestores subsidiarem tomadas de decisões que permitam a correção de desvios detectados entre os resultados realizados e os planejados, e quando relacionado à prestação de assistência ao binômio mãe-filho é capaz de prevenir patologias importantes, melhorar o preparo psicológico para o parto e puerpério, reduzir taxas de abortamento e parto prematuro, além de, também, diminuir os índices de mortalidade perinatal.

AVALIAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE							
Período Analisado =>	____/____/____ a	____/____/____ a	____/____/____ a	____/____/____ a	____/____/____ a	____/____/____ a	____/____/____ a
Indicadores	Resultado Indicadores	Resultado Indicadores	Resultado Indicadores	Resultado Indicadores	Resultado Indicadores	Resultado Indicadores	Resultado Indicadores
1	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO 1º TRIMESTRE.						
2	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM 06 OU MAIS CONSULTAS PRE-NATAL.						
3	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM TODOS OS EXAMES PRECONIZADOS NO PRÉ-NATAL REALIZADOS.						
4	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO.						
5	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO.						
6	PROPORÇÃO DE ATIVIDADE EDUCATIVA NO PRÉ-NATAL.						
7	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDOFÓLICO.						
8	PROPORÇÃO DE GESTANTES VINCULADAS À MATERNIDADE.						
9	PERCENTUAL DE CONSULTA PUERPERAL.						
Resultado do Percentual dos 09 indicadores avaliados na adequação do PN (média aritmética):							
Qual o grau de adequação do Pré-Natal?							
Se não foi considerado adequado, QUAIS FATORES PREJUDICARAM A ADEQUAÇÃO DO PRE-NATAL? (Processo de Trabalho, Infra-estrutura, Insumos, Materiais)							

## Ficha Técnica

**Elaboração, edição e distribuição:**  
Camila de Cássia da Silva de França

**Orientadora:**  
Heliana Helena Nunes de Moura

**Capa, Produção Gráfica e Diagramação:**  
Augusto Luiz Barata Silva

**Revisão Ortográfica:**  
Jane da Silva Lima

## Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. Diário da União, Brasília, DF, 06 out. 2011. Seção 1, p.69.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Manual de Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Exdcutiva. Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

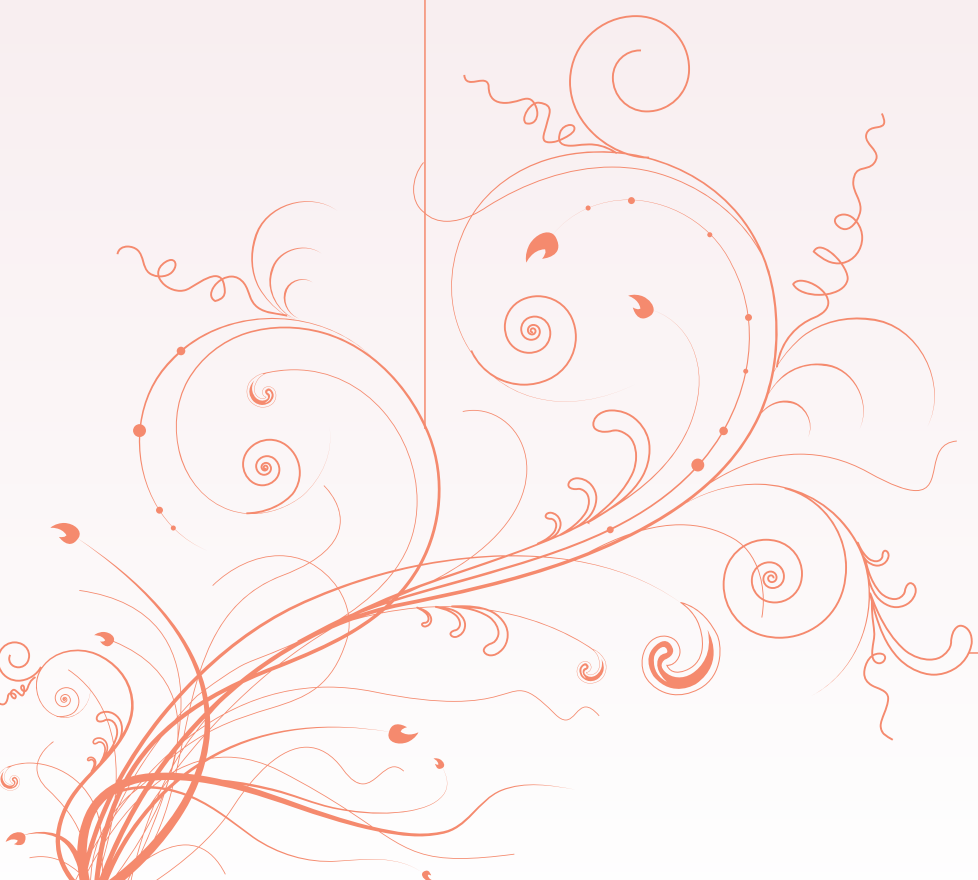
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. Diário da União, Brasília, DF, 06 out. 2011. Seção 1, p.69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Manual de Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo, 2018. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/11\\_classificacao\\_de\\_risco\\_gestacional.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/11_classificacao_de_risco_gestacional.pdf). Acesso em: 16. out. 2018.



Esta tecnologia gerencial é parte integrante da Dissertação de Camila de Cássia da Silva de França apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia - Mestrado Profissional da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão e Saúde sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Heliana Helena de Moura Nunes.