



Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-SAPS/MS

1. INDICADOR 3

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

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A assistência ao pré-natal integral busca assegurar o desenvolvimento da gestação e manter a saúde materno-infantil, considerando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, rastreamento e diagnóstico de doenças. Sabe-se que, implementado oportunamente com práticas baseadas em evidências apropriadas, o pré-natal pode salvar vidas ⁽¹⁾.

2.2. Em consonância com os objetivos constantes na Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011 – Rede Cegonha – que reforçam a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, o acompanhamento e monitoramento dos indicadores relacionados à gestante devem ter gestão compartilhada almejando a garantia de acesso oportuno e adequado da gestante ao pré-natal e ao atendimento odontológico, como etapa de rotina das consultas de pré-natal ⁽²⁾. Adicionalmente, preconiza-se a detecção e o manejo precoce de agravos ou comorbidades pré-existentes com vistas à diminuição da mortalidade materno-infantil.

2.3. Os impactos que as mudanças fisiológicas causam na saúde bucal de gestantes são bem documentados na literatura, destacando-se o aumento dos níveis de inflamação periodontais (tecidos de suporte do dente) em decorrência de níveis hormonais elevados ^(3,4). Mudanças comportamentais da gestante relacionadas a maior frequência de consumo de açúcares e má higienização também aumentam a chance de a mulher ter a doença cárie. Adicionalmente, há probabilidade de a mãe perpassar o cuidado em saúde bucal negligenciado ao bebê ⁽⁵⁾, o que repercute no alto índice de crianças brasileiras com cárie não-tratada na primeira infância no Brasil ⁽⁶⁾, impactando na qualidade de vida de mães, crianças e famílias ⁽⁷⁾, onerando assim o Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽⁸⁾.

2.4. Os agravos bucais podem ter diferentes graus de atividade e severidade e, em casos mais severos, pode haver comprometimento da saúde sistêmica. Embora haja multicausalidade envolvida nos desfechos adversos da gestação, estudos têm apontado que doenças periodontais podem aumentar a chance de prematuridade/nascimento de baixo peso, em virtude da disseminação bacteriana ou de citocinas dos processos inflamatórios intraorais à barreira transplacentária ⁽⁹⁾. Recomenda-se, deste modo, o rastreamento das doenças periodontais em gestantes por meio da realização do periograma na consulta pré-natal odontológica, visando à identificação de um fator de risco para desfechos gestacionais adversos. A gestante deverá ser alertada, o registro na caderneta da gestante deve ser feito e a equipe deverá ser comunicada para que a usuária seja acompanhada ⁽⁴⁾.

2.5. Com relação à Cárie Dentária, que é a Doença Crônica Não-Transmissível mais prevalente do mundo ⁽⁸⁾, a gestante poderá ter diferentes graus de atividade e severidade do quadro. Devido ao caráter dinâmico da doença, a avaliação de risco ao seu desenvolvimento, torna-se etapa fundamental para verificar a probabilidade do aparecimento de novas lesões em um determinado período e o risco de progressão das lesões já existentes para estágios mais severos ⁽¹⁰⁾. Deve-se averiguar as vulnerabilidades atinentes tanto à gestante quanto a sua família, com relação dieta alimentar, identificando risco potencial de consumo de açúcares e ultra processados, bem como acesso adequado a fluoretos. A cárie em dentição decídua também tem importância para a saúde pública ⁽¹¹⁾ e orientações em saúde bucal fornecidas às mães podem melhorar os padrões da condição odontológica em crianças, com relação à importância da higienização, efeitos nocivos do açúcar, efeitos deletérios do uso de chupeta e mamadeira, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável ⁽⁴⁾.

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

mamadeira (4).

2.7. Com base nas evidências disponíveis, as *Diretrizes para prática clínica odontológica na APS (2021)* apontaram que os tratamentos odontológicos na Atenção Primária devem ser realizados, não limitados ao tipo ou ao período gestacional⁽⁴⁾, por meio de consulta odontológica, preferencialmente no 2º trimestre de gestação, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício. Os tratamentos odontológicos emergenciais devem ser realizados a qualquer tempo, para que o quadro agudo não culmine em necessidades terapêuticas mais complexas e danos à saúde sistêmica.

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

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

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

3. APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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

3.2. Para o seu cálculo são consideradas no numerador as gestantes com pré-natal e com no mínimo um atendimento odontológico individual realizados na APS durante o período do pré-natal. Cabe ressaltar que **é preconizado o atendimento odontológico individual**, para diagnóstico e identificação de possíveis agravos bucais que possam ter relação com desfechos desfavoráveis na saúde materno-infantil. Já no denominador são contabilizadas as mulheres identificadas como gestantes a partir do atendimento individual de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro, cujo o pré-natal foi finalizado no quadrimestre de avaliação. No item *Cálculo do Indicador* são descritos, em maior detalhe, os critérios que compõem essas variáveis.

3.3. PARÂMETRO

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

3.4. META

Considerando a necessidade de valorização do desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previnha Brasil, e considerando as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 100% da população coberta pela APS, a meta pactuada para este indicador é de 60%.

3.5. CÁLCULO DO INDICADOR

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

- **Numerador:** número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS;
- **Denominador SISAB:** Número de gestantes com pré-natal na APS;
- **Denominador estimado:** Potencial de cadastro/População IBGE X menor quantidade de nascidos vivos por

quadrimestre do período analisado.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{\left(\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes com pré-natal na APS} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{n}^{\circ} \text{ nascidos vivos SINASC} \right)^*} \times 100$$

* 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 será apresentado a seguir. É importante destacar que para o cálculo do indicador, dependendo da situação do cadastro em relação ao potencial de cadastro [1], no denominador, poderá ser utilizado o valor estimado ou o valor informado no SISAB, conforme explicado a seguir.

3.5.1. DENOMINADOR

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

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

Por meio da identificação da gestante (primeiro atendimento de pré-natal), calcula-se a finalização da gestação

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

na base de dados federal a partir da DUM estimada pela IG ou informada pela gestante. O cálculo da DPP é realizado do seguinte modo:

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, refirmar-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,

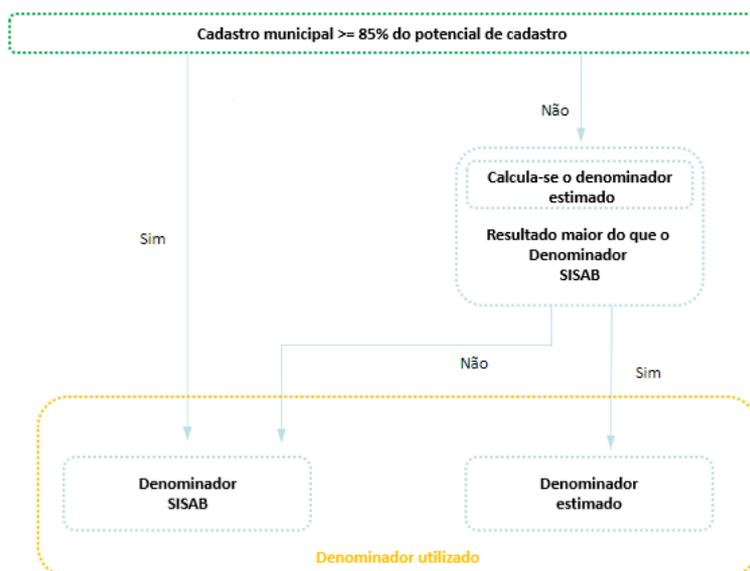
como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹¹

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 cadastro^[2] 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



[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).

[2] Apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE;

3.5.2. NUMERADOR

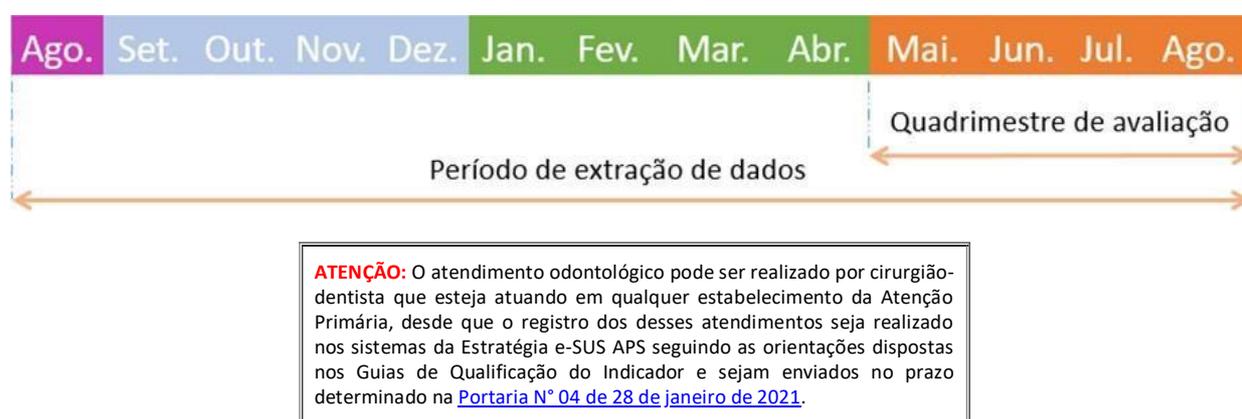
O numerador, número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS, é composto pelas mulheres identificadas no denominador que tiveram no mínimo uma consulta odontológica individual realizada entre a data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP + 14 dias). A informação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

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

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

Conforme exposto, a mulher gestante é contabilizada no indicador após a finalização do pré-natal, ou seja, a cada quadrimestre é avaliado a qualidade da assistência à saúde que foi prestada a cada gestante acompanhada na APS. Assim, para o atendimento odontológico ser contabilizado deve ocorrer no período de pré-natal que é dado pelo intervalo de 42 semanas (DPP + 14 dias), considerando-se para esse cálculo o primeiro registro de data da última menstruação (DUM) ou idade gestacional (IG) feitos durante os atendimentos de pré-natal do referido período. A figura abaixo ilustra o período de referência para a extração de dados que avaliam o pré-natal de mulheres com gestação finalizada no terceiro quadrimestre.

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



4. VÍNCULAÇÃO DA USUÁRIA A EQUIPE DE REFERÊNCIA

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

5. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

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

- Aumentar o credenciamento de eSB na Saúde da Família ou eSB com carga horária diferenciada para ampliar o acesso da gestante ao atendimento odontológico na APS. Esse o modelo é o preconizado pelo Ministério da Saúde para a criação de vínculo, longitudinalidade do cuidado e atendimento compartilhado;
- Captar precocemente as gestantes do território;

- 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.
- Realizar o acompanhamento nominal das gestantes vinculadas à equipe, verificando se estão sendo acompanhadas nas 06 (seis) consultas de pré-natal e referenciadas ao atendimento odontológico individual;
- Orientar a usuária sobre a importância das consultas de pré-natal e o atendimento odontológico durante a gestação, esclarecendo dúvidas das gestantes e seus familiares quanto a crenças sobre atendimento odontológico. Especialmente, orientar que o atendimento odontológico é seguro em todas as fases gestacionais;
- Induzir a integração da eSF para o atendimento de pré-natal de forma qualificada, com a referência da gestante ao atendimento odontológico de forma oportuna;
- Realizar quando possível, acesso avançado, ou seja, a gestante que tiver uma consulta de pré-natal programada, já ser direcionada ao atendimento odontológico e, quando não for possível, ter o agendamento da 1ª consulta odontológica programática;
- Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a consulta odontológica no horário mais conveniente à usuária;
- Realizar o periograma como instrumento diagnóstico para detecção de um possível fator de risco para desfecho adverso na gestação e comunicar médico/enfermeiro sobre a presença deste agravado, quando presente.
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde;
- Implementar as recomendações constantes nas Diretrizes para prática clínica odontológica na APS: tratamento em gestantes (2021); Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- 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.
- Registrar na Caderneta da Gestante as informações atinentes à saúde bucal para que agravos bucais sejam monitorados por toda a equipe.

6. RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

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

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 os documentos Guias de qualificação do

Indicador;

- 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 atendimento odontológico realizado”** é necessário:

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

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

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

7. FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR

TÍTULO	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Processo
INTERPRETAÇÃO (o que mede?)	<p>Mede a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico individual na APS entre a Data da Última Menstruação (DUM) e a Data Prevista de Parto (DPP) + 14 dias. A DUM é marcada pelo médico/enfermeiro da APS nas consultas/atendimento individual de pré-natal.</p> <p>Compreende o registro da consulta/atendimento odontológica individual realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, visando, identificar agravos bucais que têm potencial relação com desfechos adversos na gestação. O indicador fomenta o atendimento odontológico à gestante, enquanto fator protetivo e etapa de rotina do pré-natal e o objetivo é mensurar quantas gestantes realizam o atendimento odontológico individual, em relação à quantidade de gestantes corretamente cadastradas, identificadas e atendidas pelos médicos/enfermeiros na APS (potencial de cadastro municipal maior que 85%) OU em relação a quantidade estimada de gestantes que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador. Para a mensuração correta da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo potencial de cadastro municipal, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (percentual de cadastro menor que 85%).</p> <p>Recomendações com base em evidências científicas mais atuais e disponíveis mostram que deve ocorrer, pelo menos, uma consulta odontológica preferencialmente no 2º trimestre da gestação e consultas odontológicas emergenciais a qualquer tempo. Os tratamentos odontológicos não devem ser limitados à tipo ou período gestacional, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação cuidadosa da relação risco-benefício, respeitando a individualidade e a opinião da gestante, mas sempre esclarecendo-a quanto a segurança dos tratamentos odontológicos. Recomenda-se também a realização do periograma, visando o diagnóstico de doença periodontal para identificação de um potencial fator de risco para desfecho gestacional adverso.</p>
USO (Para que fim?)	<p>Avaliar o acesso ao cuidado em saúde bucal no período pré-natal; Incentivar a integração dos profissionais das equipes da APS do município;</p> <p>Avaliar o cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pré-natal integral na APS;</p> <p>Demonstrar a capacidade que a eSF/eAP em conjunto com o cirurgião-dentista da APS tem de coordenar o cuidado da gestante para que ela tenha um acompanhamento de pré-natal efetivo.</p>
FONTE	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Quadrimestral
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Q2.21
PARÂMETRO	100%
META	60%
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{\left(\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right) * } \times 100$ <p>* O denominador estimado é calculado somente para municípios com cadastro abaixo de 85% do potencial de cadastro, podendo ser utilizado para o cálculo: potencial de cadastro municipal ou cadastro real ou população IBGE. O denominador que será utilizado para o cálculo do indicador municipal será o que apresentar o maior valor.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>REGRAS DE EXTRAÇÃO:</p> <p>Denominador: nº de gestantes identificadas no SISAB: Gestantes identificadas, vinculadas e finalizadas no quadrimestre</p> <ol style="list-style-type: none"> Gestantes identificadas no sistema: CNS ou CPF válido Campo "Sexo Feminino" preenchido DUM ou IG (semanas) preenchido (considerado o dado da primeira consulta de pré-natal enviada ao SISAB). Condição-avaliada pré-natal ou CID /CIAP correspondente. <p>Família CBO considerada para o atendimento de pré-natal: médico (2251, 2252, 2253, 2231); enfermeiro (2235).</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 pré-natal no intervalo entre DUM e DPP). Para finalizar a gestação no sistema, considera-se o total de 294 dias de gestação, o que corresponde a 42 semanas. A gestante será contabilizada no quadrimestre em que houve a finalização da gestação. <p>Obs. Se a gestante (entre DUM e DPP) apresentar algum CID/CIAP de aborto, esta é desconsiderada do quantitativo de gestantes,</p>

	<p>ou seja, do denominador informado.</p> <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, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359. CIAP2: W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85</p> <p>Códigos CID/CIAP para identificação de aborto CIAP: W82, W83. CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3</p> <p>Numerador:</p> <p>Gestantes identificadas no denominador que tenham registro de no mínimo 1 atendimento odontológico individual realizado por cirurgião-dentista no período entre o início e fim da gestação (DUM até DPP + 14 dias).</p> <p>*Atendimento odontológico: Atendimento individual realizado por cirurgião-dentista devidamente registrado no modelo de informação do atendimento odontológico individual.</p> <p>*Família CBO considerada para o atendimento odontológico individual: Cirurgião dentista (2232).</p> <p>Denominador estimado: Para a mensuração da quantidade de gestantes e a responsabilização de cada equipe, calcula-se uma estimativa utilizando-se o SINASC, sendo corrigido pelo quantitativo potencial de cadastro por município, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (percentual de cadastro municipal menor que 85%).</p> <p>Equipes e estabelecimentos considerados: Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não houver indicação de INE de equipes da APS: 01 – Posto de saúde; 02 – Centro de saúde/Unidade básica; 32- Unidade Móvel Fluvial; 40- Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 – Centro de apoio à saúde da família; 74 – Polo de academia da Saúde. Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (devidamente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.</p>
NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	Brasil, unidades da federação, macrorregiões, municípios, estabelecimentos e equipes de saúde.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
CUMULATIVIDADE	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
LIMITAÇÕES	Falha no registro das informações; não envio das informações em tempo oportuno para o SISAB; não contabilização do atendimento para o indicador em virtude da não vinculação da gestante em equipe. Considerar mulheres com registro de partos prematuros independentemente da quantidade de consultas realizadas
OBSERVAÇÕES	Serão consideradas as regras de vinculação do indivíduo a determinada equipe de saúde conforme a Nota Técnica Explicativa de Cadastro , independentemente se a identificação da gestante ocorreu na equipe de referência.
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 municipal:

- Quadrimestre de avaliação: Q1.2021 (janeiro a abril)
- População IBGE município: 10.000
- Potencial de cadastro municipal Q1.2021 (equipes avaliadas): 8250
- Cadastro municipal alcançado no Q1.2021 = 7.100
- Proporção de cadastro municipal alcançado no Q1.2021: 86,6%
- Número de nascidos vivos SINASC: 200 (Menor número de nascidos vivos por quadrimestre (entre 2017 e 2019) no SINASC)

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 municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC
 $8250/10000 \times 200 = 165$

Utilizado: Será o denominador SISAB (120), pois o município possui 93,7% do cadastro municipal esperado;

NUMERADOR:

SISAB: Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS no município = 120 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP)

Cálculo do indicador:

$86,06/120 \times 100 = 71,7\%$

8.2. EXEMPLO 2

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

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

DENOMINADOR:

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 2021)

Estimado: Potencial de cadastro municipal sobre a população do IBGE multiplicado pelo número de nascidos vivos SINASC
 $24750/32000 \times 180 = 139,21$

NUMERADOR:

SISAB: Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS no município = 40 (gestantes com exames realizados entre a DUM e a DPP).

Cálculo do indicador: **$40/139,21 \times 100 = 28,73\%$**

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		Justifica
	Consulta Odontológica		Consulta		Pré-natal		Numerador	Denominador	
	Data	Profissional	Data	Profissional	DUM	DPP			
A	05/10/2020	Dentista	01/10/2020	Enfermeiro	17/07/2020	10/04/2021	Sim	Sim	Gestante com PN na APS e atendimento odontológico
B	-	-	01/10/2020	Médico	22/04/2020	15/01/2021	Não	Sim	Gestante com PN na APS sem atendimento odo
C	05/10/2020	Dentista	-	-	-	-	Não	Não	Mulher não identificada como gestante e
D	06/01/2021	Dentista	05/10/2020	Enfermeiro	27/06/2020	20/03/2021	Sim	Sim	Gestante com PN na APS e atendimento odontológico
E	05/10/2019	TSB	01/10/2020	Médico	16/04/2020	09/01/2021	Não	Sim	Gestante com PN na APS sem atendimento odo
F	12/12/2019	Dentista	01/10/2020	Enfermeiro	26/05/2020	02/02/2021	Não	Sim	Gestante com PN na APS com atendimento odontológico indi DUM

REFERÊNCIAS

1. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. **World Health Organization**. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>> (Acesso em 21/11/2021).
2. Brasil (2011). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 – Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. PIRIE, M. et al. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, v. 9, p. 21-26, 01/24 2007.
4. Brasil (2021). **Diretrizes para a prática clínica na atenção primária Tratamento Odontológico em Gestantes**. Brasília: 2021 (versão preliminar). 53 p. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/file=20210615_N_DiretrizesPainelGestantesConsultaPublicaFinalcompressed_7466019242359489608.pdf> (Acesso em 21/11/2021).
5. Almeida, *et al.* Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. **Odontol. Clín.-Cient.** : 10:4. 2011. Versão On-line ISSN 1677-3888
6. Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Zaror C *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. **Int J Dent Hyg.** 2021 . doi: 10.1111/idh.12494.
8. Peres MA *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **Lancet.** 2019 Jul 20;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8. Erratum in: **Lancet.** 2019 Sep 21;394(10203):1010. PMID: 31327369.
9. MANRIQUE-CORREDOR, E. J. *et al.* Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. **Community Dent Oral Epidemiol** 2019 47:3, p. 243-251, Jun 2019.
10. Carvalho JC *et al.* Occlusal caries: biological approach for its diagnosis and management. **Caries Res** 2016; 50:527–542.
11. Casamassimo PS *et al.* Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. **J Am Dent Assoc** 2009 Jun;140(6):650–7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://cgiaap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 7662.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 15/02/2022, às 13:29, 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 **0025109451** e o código CRC **4B7BF4EB**.