

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da
Saúde, ou=Direção-Geral da
Saúde, cn=Francisco
Henrique Moura George
Date: 2011.10.10 15:43:35
+01'00'



NÚMERO: 037/2011

DATA: 30/09/2011

ASSUNTO:	Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco
PALAVRAS-CHAVE:	Análises; Exames laboratoriais; Gravidez; Vigilância pré-natal
PARA:	Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS:	Divisão de Saúde Reprodutiva (secretariado.dsr@dgs.pt) Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta da Divisão de Saúde Reprodutiva e do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

I – NORMA

1. Na vigilância da gravidez de baixo risco devem ser realizados, ou estar documentados, os seguintes exames laboratoriais:
 - a) tipagem ABO e fator Rh;
 - b) pesquisa de aglutininas irregulares;
 - c) hemograma completo;
 - d) rastreio da diabetes gestacional;
 - e) rastreio da sífilis;
 - f) rastreio da rubéola;
 - g) rastreio da toxoplasmose;
 - h) rastreio da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH);
 - i) rastreio da hepatite B;
 - j) rastreio da bacteriúria assintomática;
 - k) rastreio do *Streptococcus* β hemolítico do grupo B;
 - l) rastreio do cancro do colo do útero.
2. Os resultados dos exames laboratoriais são fornecidos à grávida, registados no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e no processo clínico.
3. As exceções clinicamente fundamentadas, não previstas neste documento, são registadas no Boletim de Saúde da Grávida e no processo clínico.
4. A presente Norma é aplicada a todas as mulheres que iniciem vigilância da gravidez em novembro de 2011.
5. É atualizada a Orientação Técnica nº 2, de 1993, da Direção-Geral da Saúde, no que diz respeito aos exames laboratoriais na gravidez de baixo risco.

II – CRITÉRIOS

- a) A todas as grávidas deverá ser proposta a realização dos exames laboratoriais com os critérios e nos períodos que a seguir se definem. Os exames e rastreios definidos na presente Norma devem ser realizados, também, às grávidas com risco acrescido, que fazem, além disso, exames adequados ao risco identificado.
- b) Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal.
- c) Considera-se que o risco, sendo dinâmico ao longo da gravidez, deve ser reavaliado em todas as consultas. A identificação do risco é realizada através da história clínica, exame físico e avaliações clínicas anteriores à gravidez.
- d) O esquema simplificado dos exames laboratoriais a requisitar, que a seguir se enuncia, encontra-se anexo à presente Norma e dela faz parte integrante.
- e) Tipagem ABO e fator Rh:
 - i. deve ser realizada no 1º trimestre a todas as grávidas;
 - ii. quando o grupo de sangue é conhecido e está bem documentado, nomeadamente em consulta pré-concepcional, deve dispensar-se a sua determinação.
- f) Pesquisa de aglutininas irregulares:
 - i. deve ser realizada no 1º trimestre a todas as grávidas, mesmo nas que são Rh positivas;
 - ii. nas mulheres Rh D negativas deve ser repetida entre as 24-28 semanas.
- g) Hemograma completo:
 - i. deve ser efetuado nos três trimestres da gravidez;
 - ii. apenas deve ser realizada eletroforese da hemoglobina, nas situações previstas na Circular Normativa n.º18/DSMIA, de 7/9/2004, da Direção-Geral da Saúde “*Prevenção das formas graves de hemoglobinopatias*”.
- h) Rastreio da diabetes gestacional:

O diagnóstico da diabetes gestacional faz-se com base nas recomendações e nos valores para plasma venoso que constam da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º7/2011, de 31 de janeiro, “*Diagnóstico e conduta na diabetes gestacional*”.
- i) Rastreio da sífilis:
 - i. deve ser efetuado, no primeiro e terceiro trimestres de gravidez, utilizando para esse fim o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory);
 - ii. se VDRL positivo, a confirmação do diagnóstico deve ser realizada com um teste treponémico TPHA (*Treponema pallidum* haemagglutination assay) ou FTA-abs (fluorescent treponemal antibody absorption).

j) Rastreio da rubéola:

- i. em mulheres com imunidade documentada na consulta pré-concepcional, ou gravidez anterior, o rastreio da rubéola não necessita ser repetido, devendo esta informação ser transcrita para o BSG e processo clínico (quando não seja ele próprio a fonte de informação);
- ii. em mulheres sem imunidade documentada, deve ser realizada serologia para a rubéola (IgG e IgM) no 1º trimestre. Se o resultado for o de ausência de imunidade, então deve repetir-se a serologia para a rubéola antes da realização da ecografia morfológica do 2º trimestre. Todas as puérperas não imunizadas deverão ser vacinadas com VASPR ainda na maternidade ou na consulta de revisão do puerpério, não se perdendo assim oportunidades de vacinação¹.
- iii. na suspeita de infeção por rubéola no 1º trimestre, a grávida deve ser referenciada para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal.

k) Rastreio da toxoplasmose:

- i. as mulheres com imunidade documentada em consulta pré-concepcional ou gravidez anterior, não necessitam repetir o exame durante a gravidez. Esta informação deve constar no BSG e no processo clínico (quando não seja ele próprio a fonte de informação);
- ii. deve ser realizada serologia para a toxoplasmose (IgG e IgM) no 1º trimestre de gravidez em todas as mulheres sem imunidade documentada e, caso se encontrem não imunes, deve ser repetido nos 2º e 3º trimestre de gravidez;
- iii. na suspeita de infeção por toxoplasmose, a grávida deve ser referenciada para um Centro de Diagnóstico Pré-Natal.

l) Rastreio da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH):

- i. todas as grávidas devem realizar rastreio da infeção pelo VIH, no 1º e 3º trimestre de gravidez;
- ii. às grávidas sem serologia documentada na altura do parto, deve ser realizado teste rápido ante ou intraparto, tal como consta da Circular Normativa n.º1/DSMIA, de 4/2/2004, da Direção-Geral da Saúde “Gravidez e vírus da imunodeficiência humana”.

m) Rastreio da hepatite B:

- i. deve ser realizado o rastreio da hepatite B no 1º trimestre de gravidez, incluindo as grávidas que têm história de vacinação prévia documentada, utilizando a pesquisa de AgHBs;
- ii. apenas as grávidas não vacinadas e cujo rastreio foi negativo no 1º trimestre, devem repetir a pesquisa do AgHBs no 3º trimestre.

n) Rastreio da bacteriúria assintomática:

Realizar o rastreio da bacteriúria assintomática, a todas as grávidas, uma vez por trimestre, através do teste de urocultura com eventual teste de sensibilidade aos antibióticos.

- o) Rastreio do Streptococcus β hemolítico do grupo B:
- deve ser realizado a todas as grávidas entre as 35 e 37 semanas, através da colheita de uma amostra única do 1/3 externo da vagina e ano-retal;
 - não necessitam deste rastreio as grávidas a quem foi isolado Streptococcus β hemolítico do grupo B na urina (bacteriúria assintomática ou infeção urinária), durante a gestação em curso, nem naquelas com história anterior de sépsis neonatal, por Streptococcus β hemolítico do grupo B;
 - têm indicação para profilaxia intraparto todas as grávidas a quem for detetado Streptococcus β hemolítico do grupo B através da colheita referida na alínea i). e nos casos referidos na alínea ii).

- p) Rastreio do cancro do colo do útero:

Realizar a citologia cervical no 1º trimestre, a todas as grávidas com mais de 25 anos, que nunca tenham realizado o exame ou que o tenham feito há mais de 3 anos, após dois exames anuais negativos.

III – AVALIAÇÃO

- A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada a nível local, regional e nacional.
- A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento são da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, da Divisão de Saúde Reprodutiva e da Administração Central do Sistema de Saúde elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo e que dela fazem parte integrante:
 - % de grávidas do primeiro trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais;
 - % de grávidas do segundo trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais;
 - % de grávidas do terceiro trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais;
 - valor da prescrição de exames laboratoriais realizados por grávida vigiada.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) A gravidez constitui uma ocasião privilegiada de contacto com os serviços de saúde e um momento único para avaliação do estado de saúde da mulher.
- b) Os exames laboratoriais a requisitar no decurso das consultas de vigilância da gravidez, têm como objetivo rastrear, prevenir ou tratar situações passíveis de colocar em risco a saúde materna e/ou fetal ou perinatal.
- c) No início da gravidez importa, assim, verificar os achados clínicos da consulta pré-concepcional.

- d) Tipagem ABO e fator Rh:

A tipagem segura dos grupos sanguíneos ABO e RhD assumem um papel muito importante na mulher em idade fértil e na grávida em particular^{2,3}. As mulheres RhD negativas devem ser informadas das medidas de prevenção da aloimunização RhD.

- e) Pesquisa de aglutininas irregulares:

A presença de antigénios antieritrócitários, nomeadamente anti-D, mas também anti-C, anti-Kell e anti-E, estão associados à doença hemolítica do recém-nascido, e são passíveis de intervenção fetal².

- f) Hemograma completo:

A anemia grave da grávida está associada a um aumento da probabilidade de ocorrência de morte intrauterina fetal, de baixo peso à nascença e de parto prematuro⁴. Quando existe história familiar de hemoglobinopatia e/ou volume globular médio inferior a 80, deve ser realizado o rastreio das hemoglobinopatias na mãe. Se positivo, o estudo deve ser realizado também no progenitor e ser feita referência para consulta de aconselhamento em diagnóstico pré-natal.

- g) Rastreio da diabetes gestacional:

No âmbito do rastreio, está inequivocamente demonstrado que o controlo da glicemia durante a gravidez diminui a ocorrência de complicações maternas e a mortalidade e morbilidade perinatais. Este benefício é tanto maior quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico e iniciado o controlo metabólico⁵.

- h) Rastreio da sífilis:

Está bem demonstrada a importância de realizar o rastreio da sífilis na vigilância antenatal. Com efeito, o tratamento durante a gravidez diminui as complicações fetais e neonatais que estão associadas a esta doença. Assim, preconiza-se a sua realização duas vezes na gravidez, o mais precocemente possível e anteparto. Em Portugal, os casos de sífilis congénita reportados têm diminuído ao longo dos últimos 10 anos, porém, constituem, ainda, um número mais elevado que no resto da Europa⁶.

i) Rastreio da rubéola:

É consensual a importância do rastreio do estado imunitário em relação à rubéola e a vacinação na fase pré-concepcional. Esta deve ser considerada a medida “excelente”³. Quando o rastreio é realizado desta forma e se conhece o estado imunitário da grávida, não é necessário repetir o exame no início da gravidez, tal como preconizado nesta Norma. As grávidas não imunes no 1º trimestre devem repetir o exame no início do 2º trimestre (entre as 18-20 semanas), para assegurar que não ocorreu seroconversão materna em tempo útil, ou seja, antes do prazo legal para interrupção de gravidez⁷.

j) Rastreio da toxoplasmose:

Na toxoplasmose a gravidade da infeção fetal por transmissão vertical diminui ao longo da gravidez, em sentido contrário à probabilidade de transmissão vertical que aumenta à medida que progride a gestação⁸. É, assim, preconizado, para as mulheres sem imunidade, rastrear a toxoplasmose cada três meses, tendo em conta que, desta forma se aumenta a probabilidade de realizar diagnósticos precoces e com isso possibilitar o início da terapêutica⁹. Nas mulheres imunocompetentes, com infeção a toxoplasmose antes da conceção, o risco de reinfeção é muito raro. Existem poucos dados sobre o estado imunitário das mulheres em Portugal para a toxoplasmose.

k) Rastreio da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH):

Na infeção pelo VIH o risco de transmissão perinatal sem intervenção é de 15-40%, diminuindo para menos de 2% quando se realiza terapêutica durante a gravidez e se adotam medidas de prevenção no parto e para inibição da amamentação². É, assim, consensual a importância do diagnóstico precoce na gravidez, para iniciar terapêutica materna e diminuir o risco de transmissão materno-fetal¹⁰.

l) Rastreio da hepatite B:

O rastreio da hepatite B na grávida iniciou-se em 1992¹¹. Identificando as mulheres AgHBs positivas é possível uma intervenção precoce e eficaz no recém-nascido, que tem indicação para administração de imunoglobulina específica e vacina nas primeiras 12 - 24 horas de vida, o que reduz o seu risco de infeção¹. A vacinação universal contra a hepatite B em Portugal condicionou o controlo e diminuição desta infeção. A taxa de cobertura de recém-nascidos/crianças e adolescentes é elevada (>95%)¹². Atualmente Portugal pode ser considerado um país de prevalência baixa, com uma percentagem estimada de portadores AgHBs de 1%⁶. Contudo, existem subgrupos em que a prevalência é mais elevada, como sejam, migrantes (5%) e utilizadores de drogas endovenosas¹³. Rastrear apenas as mulheres de risco pode levar a não diagnosticar 50% das mulheres infectadas com o vírus da hepatite B².

m) Rastreio da bacteriúria assintomática:

A urocultura constitui na gravidez o teste de referência para o diagnóstico da bacteriúria assintomática. A sua incidência é de 5% na grávida. Quando não tratada está associada a pielonefrite (20%) e parto pré-termo (10%). O diagnóstico e terapêutica atempados reduzem estas complicações bem como diminuem as situações de baixo-peso ao nascer^{14,15}.

n) Rastreio do *Streptococcus* β hemolítico do grupo B:

O rastreio universal do *Streptococcus* β hemolítico do grupo B permite identificar as grávidas em risco de ter um recém-nascido com sépsis neonatal. Nas mulheres em que foi identificada a colonização por *Streptococcus* β hemolítico do grupo B, deve ser realizada profilaxia intraparto¹⁶.

o) Rastreio do cancro do colo do útero:

A gravidez e o puerpério são uma oportunidade para realizar o rastreio da neoplasia do colo do útero, nas mulheres que o não realizam habitualmente, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas^{17,18}.

V - APOIO CIENTÍFICO

- a) O conteúdo científico da presente Norma foi elaborado pela Divisão de Saúde Reprodutiva da Direção-Geral da Saúde, por Lisa Ferreira Vicente (coordenação científica) e Carlos Silva Vaz (coordenação executiva).
- b) A presente Norma foi visada pela Presidência da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.
- d) A presente Norma foi elaborada pela Divisão de Saúde Reprodutiva, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação, Orientações Técnicas nº 10. Circular Normativa nº 08/DT de 21/12/2005.

² National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. 2nd edition. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. March. 2008.

³ Di Mario S et al. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. 2005.

⁴ Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD003094. DOI: 10.1002/14651858.CD003094.pub2

⁵ American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus (position statement). Diabetes Care. Mar; 34 (1): S62-S69. 2011.

⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe, 1990-2009. Stockholm: ECDC; 2011.

- ⁷ Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Avaliação do Programa Nacional de Vacinação. 2º Inquérito Serológico Nacional.
- ⁸ Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3. Art. No.: CD001684. DOI: 10.1002/14651858.CD001684.
- ⁹ Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandation pour la pratique clinique. Mai; 2007.
- ¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR*. September 22, 55(RR14);1-17. 2006.
- ¹¹ Direção-Geral da Saúde. Determinação sistemática do AgHBs nas grávidas e imunização dos recém-nascidos filhos de mães portadoras. Circular Normativa nº 6/DTP de 28/07/92.
- ¹² Direção-Geral da Saúde. Avaliação semestral do PNV através da cobertura vacinal, módulo SINUS vacinação. Divisão de Doenças Transmissíveis.
- ¹³ Marinho, R, Lavanchy, D. Editorial. Burden and Prevention of Viral Hepatitis in Portugal. *Viral Hepatitis Prevention Board*. Vol. 19-2 – June 2011.
- ¹⁴ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Evidence based guidelines Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. 2003. (Level IV) (http://www.rcog.org.uk/resources/Public/Antenatal_Care.pdf)
*Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *The Cochrane Library* Issue 3, 2000. (Level I) United States Preventive Services Task Force (USPSTF) Screening for asymptomatic bacteriuria: recommendation statement Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2004. (Level IV)
- ¹⁵ Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M. Meta- analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstetrics and Gynaecology* 1989; 73: 576-582. (Level I)
- ¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC. *MMWR* 2010; 59:Nº. RR-10. 2010.
- ¹⁷ Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010.
- ¹⁸ Plano Oncológico Nacional 2001-2005. D.R. Iª Série- B nº 190, 17/8/2001, 5241-7.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXO

1º Trimestre	
<13 semanas	
1. Citologia cervical – Conforme recomendações do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 para as mulheres não grávidas	
2. Tipagem ABO e fator Rh 3. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto) 4. Hemograma completo 5. Glicémia em jejum 6. VDRL 7. Serologia Rubéola - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta preconcepcional)	8. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta preconcepcional) 9. Ac VIH 1 e 2 10. AgHBs 11. Urocultura com eventual TSA
2º Trimestre	
18-20 semanas	
12. Serologia Rubéola (IgG e IgM, nas mulheres não imunes)	
24-28 semanas	
13. Hemograma completo 14. PTGO c/ 75g (colheita às 0h, 1h e 2 horas) 15. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (não imunes)	16. Urocultura com eventual TSA 17. Pesquisa de aglutininas irregulares (Coombs indireto) nas mulheres Rh negativo ⁽¹⁾
⁽¹⁾ Nas 4 semanas antes da administração da imunoglobulina anti-D	
3º Trimestre	
32 -34 Semanas	
18. Hemograma completo 19. VDRL 20. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes) 21. Ac. VIH 1 e 2	22. AgHBs (nas mulheres não vacinadas e não imunes no 1º trimestre) 23. Urocultura com eventual TSA
35-37 Semanas	
24. Colheita (1/3 externo da vagina e ano-retal) para pesquisa de <i>streptococcus</i> β hemolítico do grupo B	

BILHETES DE IDENTIDADE

Designação	Percentagem de grávidas do primeiro trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de inscritos
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador - Ter prescrição de exames laboratoriais do primeiro trimestre (códigos tabela convenções 079.5, 1168.6, 1080.9, 1048.5, 875.3, 1245.3, 1246.1, 868.0, 1120.1, 1124.4, 1130.9 e 1224.0) <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter compromisso de vigilância em saúde materna/vigilância da gravidez, no período em análise - Ser mulher - Ter pelo menos um destes diagnósticos sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC - W78, W79 ou W84) - Ter um trimestre de gravidez completo no período em análise 		
Observações			
Factor crítico	A qualidade do indicador depende da prescrição electrónica de exames		

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com prescrição de exames laboratoriais do primeiro trimestre durante o primeiro trimestre de gravidez	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com um trimestre de gravidez completo no período em análise	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Porcentagem de grávidas do segundo trimestre, vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Porcentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Porcentagem de inscritos
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	Numerador: - Denominador - Ter prescrição de exames laboratoriais do segundo trimestre (códigos tabela convenções 1080.9, 1048.5, 1246.1 e 1224.4) Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter compromisso de vigilância em saúde materna/vigilância da gravidez, no período em análise - Ser mulher - Ter pelo menos um destes diagnósticos sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC - W78, W79 ou W84) - Ter dois trimestres de gravidez completos no período em análise		
Observações			
Factor crítico	A qualidade do indicador depende da prescrição electrónica de exames		

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com prescrição de exames laboratoriais do segundo trimestre durante o segundo trimestre de gravidez	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com dois trimestres de gravidez completos no período em análise	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Percentagem de grávidas do terceiro trimestre , vigiadas, com prescrição de exames laboratoriais		
Tipo de Indicador	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de inscritos
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador - Ter registo de prescrição de exames laboratoriais do terceiro trimestre (códigos tabela convenções - 1080.9, 1048.5, 875.3, 1246.1, 868.0, 1224.0 e 1214.3) <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter compromisso de vigilância em saúde materna/vigilância da gravidez, no período em análise - Ser mulher - Ter pelo menos um destes diagnósticos sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC - W78, W79 ou W84) - Ter três trimestres de gravidez completos no período em análise 		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com prescrição de exames laboratoriais do terceiro trimestre durante o terceiro trimestre de gravidez	SI USF/UCSP	Nº de inscritos
B - Denominador	Número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com três trimestres de gravidez completos no período em análise	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

Designação	Valor da prescrição de exames laboratoriais realizados por grávida vigiada		
Tipo de Indicador	EFICIÊNCIA	Entidade Gestora	ACES
Tipo de falha		Período aplicável	Ano
Objectivo	Monitorizar o valor prescrito e aplicar a Norma da DGS		
Descrição do Indicador	Indicador que exprime o valor de prescrição de exames laboratoriais		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	€
Responsável pela monitorização	ACES/ ARS	Fórmula	A/ B
		Output	Valor da prescrição por doente
Prazo Entrega Reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de Referência	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Critérios de inclusão	Numerador: - Denominador; - Valor das prescrições de exames laboratoriais (códigos tabela convenções 079.5, 1168.6, 1080.9, 1048.5, 875.3, 1245.3, 1246.1, 868.0, 1120.1, 1124.4, 1130.9, 1224.0 e 1214.3)		
	Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter compromisso de vigilância em saúde materna/vigilância da gravidez, no período em análise - Ser mulher - Ter pelo menos um destes diagnósticos sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC - W78, W79 ou W84) - Ter registo da data do parto no período em análise		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor das prescrições de exames laboratoriais de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Número de grávidas com compromisso de vigilância em saúde materna com data de parto registada no período em análise	SI USF/UCSP	Nº de inscritos