



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**RELATÓRIO DE MONITORAMENTO – OFERTA DE CUIDADOS
INTEGRADOS (OCI) NO PRÉ-NATAL**

(Com anexos obrigatórios – preenchimento por UBS/equipe)

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

- Município: _____
- Região de Saúde: _____
- Período de referência: _____
- Responsável Técnico: _____
- Cargo/Função: _____
- Contato (telefone/e-mail): _____
- Secretário(a) Municipal de Saúde: _____
- Data de envio: ____/____/____

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

Este relatório tem como finalidade comprovar o cumprimento da **Oferta de Cuidados Integrados (OCI) no Pré-Natal**, conforme diretrizes estabelecidas no documento técnico estadual.

A OCI no pré-natal corresponde ao conjunto de ações assistenciais essenciais ofertadas à gestante no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo, com foco na integralidade do cuidado materno-infantil.

O preenchimento deve seguir rigorosamente as orientações do e-book **“Oferta de Cuidados Integrados no Pré-Natal (OCI)”**.

Importante:



- O preenchimento deverá ser realizado **por Unidade Básica de Saúde (UBS) ou equipe.**
- A validação da OCI está condicionada à comprovação documental de todas as ações previstas.
- A ausência de documentação comprobatória implicará na não validação da respectiva ação.
- A OCI será considerada **CONCLUÍDA somente quando TODOS os itens estiverem devidamente comprovados.**

3. CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DO INDICADOR (LEITURA OBRIGATÓRIA)

Para fins de avaliação da Oferta de Cuidados Integrados (OCI) no Pré-Natal, serão considerados os seguintes critérios:

- A análise será realizada **por gestante.**
- Cada gestante será considerada com OCI **CONCLUÍDA apenas quando apresentar 100% das ações previstas devidamente comprovadas.**
- Caso falte qualquer item, a gestante será considerada como **OCI NÃO CONCLUÍDA.**

Importante:

- O resultado final será calculado **em nível municipal**, considerando o total de gestantes acompanhadas.
- Municípios com mais de uma UBS deverão consolidar as informações de todas as unidades.
- O não cumprimento das ações em uma UBS **não invalida as demais**, porém impacta diretamente no resultado final do município.

Exemplo prático:



Se um município possui 50 gestantes acompanhadas e 30 delas realizaram todas as ações da OCI, o resultado será:

$$30 \div 50 \times 100 = 60\%$$

4. IDENTIFICAÇÃO DA UBS / EQUIPE

- Nome da UBS: _____
- CNES da UBS: _____
- Nome da equipe (se aplicável): _____
- Responsável pela UBS/equipe: _____

5. COMPROVAÇÃO DAS AÇÕES (ANEXOS OBRIGATÓRIOS)

5.1 ACESSO E INÍCIO DO PRÉ-NATAL

Nº	Ação	Situação	Anexo Obrigatório
1	Captação da gestante até a 12ª semana de gestação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ficha de cadastro/atendimento contendo DUM ou idade gestacional

5.2 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Nº	Ação	Situação	Anexo Obrigatório
2	Realização de, no mínimo, 07 consultas de pré-natal com classificação de risco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relatório e-SUS APS/SISAB ou cópia do cartão da gestante

5.3 TESTAGENS E EXAMES

Nº	Ação	Situação	Anexo Obrigatório
3	Testagem rápida para ISTs (Sífilis, HIV e Hepatites Virais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro da testagem + resultados
4	Exames laboratoriais iniciais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Resultados (hemograma, VDRL, glicemia, etc.)
5	Exames do 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Resultados atualizados
6	Ultrassonografia obstétrica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Laudo de USG



Nº	Ação	Situação	Anexo Obrigatório
7	Exames adicionais conforme risco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Laudos/exames conforme indicação

5.4 ASSISTÊNCIA À GESTANTE

Nº	Ação	Situação	Anexo Obrigatório
8	Atualização do calendário vacinal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cópia do cartão de vacinação
9	Suplementação de ferro e ácido fólico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro de dispensação ou prescrição

5.5 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E REDE

Nº	Ação	Situação	Anexo Obrigatório
10	Planejamento do parto e maternidade de referência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro em prontuário ou ficha de visita
11	Garantia de transporte sanitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro ou declaração de oferta

5.6 REGISTRO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Nº	Ação	Situação	Anexo Obrigatório
12	Registro adequado no e-SUS APS/SISAB	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relatórios extraídos do sistema

6. RESULTADO DA UBS/EQUIPE

- Número de gestantes acompanhadas: _____
- Número de gestantes com OCI completa: _____

OCI CONCLUÍDA (100% dos critérios atendidos)

OCI NÃO CONCLUÍDA

7. CONSOLIDAÇÃO MUNICIPAL (PREENCHIMENTO FINAL)

UBS/Equipe	CNES	Nº de gestantes acompanhadas	Nº com OCI completa



Total de gestantes no município: _____

Total com OCI completa: _____

Percentual de alcance (%): _____

Fórmula de cálculo:

Número de gestantes com OCI concluída ÷ Número total de gestantes
acompanhadas × 100

8. DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste relatório são verídicas e que os documentos anexados correspondem às ações efetivamente realizadas em cada Unidade Básica de Saúde do município.

Responsável Técnico

Secretário(a) Municipal de Saúde

Data: ____ / ____ / ____