



LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL DO PARANÁ

LINHA GUIA- ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

VOLUME I
GESTAÇÃO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

P223 Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher
Linha Guia – Atenção Materno Infantil : Gestação /
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 8.ed. Curitiba :
SESA, 2022.

80 p. color. 2390Kb; PDF
(Série Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná; v.1)

ISBN 978-85-66800-xx-x (E-book)

1. Gesta o. 2. Cuidado pré-natal. 3. Puerpério. 4. Manuais
e guias. I. Título. II. Série. III. Autor.

CDD 618.2

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Carlos Alberto Gebrim Preto
(Beto Preto)
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

Nestor Werner Junior
Diretor Geral

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

Sidneya Marques Svierdovski
Gerente de Atenção Primária à Saúde

Carolina Bolfe Poliquesi
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde da Mulher

Equipe Técnica Colaboradora
Alessandra Crystian Engles dos Reis
Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa
Anna Christinne Feldhaus Lenzi Costeira
Carolina Bolfe Poliquesi
Cristina Klobukoski
Fernanda Pietrangelo Merlino
Gabriela Afonso
Glaucia Osis Gonçalves
Iolanda Maria Novadzki
Jéssica Luiz Dinardi
Lucimar Pasin de Godoy
Marcelexandra Rabelo
Marcos Takimura
Mariane Rodrigues de Melo
Marisa da Costa
Mário Henrique de Mattos
Paula Rocha Silva
Rosane Souza Freitas

Projeto gráfico e diagramação
Juliana Scheller - Núcleo de Comunicação Social

8ª Edição
2022

APRESENTAÇÃO

O Governo do Paraná, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, tem como uma de suas prioridades a Linha de Cuidado Materno Infantil. O objetivo é garantir o acesso e a atenção integral e de qualidade às mulheres em seu período gravídico puerperal e às crianças até 2 anos de vida, na Rede de Atenção à Saúde.

O compromisso é com o desenvolvimento de ações que fortaleçam todos os pontos de atenção, desde a Atenção Primária à Saúde (APS), até a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH).

Esta Linha Guia tem por finalidade apoiar a organização das ações e dos serviços de saúde e a melhoria da assistência à saúde da mulher e da criança, instituindo diretrizes para o cuidado integral. Nela estão contidos instrumentos para subsidiar os profissionais de saúde, com diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, orientando o manejo clínico, diagnóstico e tratamento, bem como ferramentas de gestão e atenção, para a tomada de decisão.

Agradecemos a todos os profissionais que contribuem para a construção e inovação da Saúde no Paraná.

Carlos Alberto Gebrim Preto
(Beto Preto)
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. PRINCÍPIOS, PREMISSAS E CONTEXTO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL	7
1.1 PRINCÍPIOS	7
1.2 PREMISSAS	8
1.3 CONTEXTO	10
2. MORTALIDADE MATERNA	10
3. PONTOS DE ATENÇÃO - ESTRUTURA DE ASSISTÊNCIA E COMPETÊNCIAS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL	11
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL	11
3.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA MATERNO INFANTIL	14
3.3 ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)	17
4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTAÇÃO	20
4.1 RISCO HABITUAL	23
4.2 RISCO INTERMEDIÁRIO	23
4.3 ALTO RISCO	24
4.4 ANEXO 1: HIPOTIREOIDISMO	26
4.5 ANEXO 2: TESTE DE FAGERSTROM (TABAGISMO)	26
4.6 ANEXO 3: TESTE T-ACE (ETILISMO)	27
5. REFERÊNCIAS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL	28
(Quadro atualizado constantemente, de acordo com pactuações regionais)	28
6. NEAR MISS MATERNO: NOTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E AÇÕES ESTRATÉGICAS	44
6.1 IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE NEAR MISS MATERNO	46
6.2 AÇÕES DOS SERVIÇOS NOTIFICADORES	46
6.3 ATRIBUIÇÕES DAS REGIONAIS DE SAÚDE	47
6.4 ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE	48
7. PRIMEIRA CONSULTA E FERRAMENTAS DE APOIO	49
7.1 CARTEIRA DA GESTANTE	49
7.2 PROPEDEÚTICA CLÍNICA OBSTÉTRICA - RECOMENDAÇÕES OPERACIONAIS	49
8. PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO	72
9. ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO	74
10. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AO NASCER	75
10.1 RISCO HABITUAL	76
10.2 RISCO INTERMEDIÁRIO	76
10.3 ALTO RISCO	77
11. ALOJAMENTO CONJUNTO	77
REFERÊNCIAS	79

1. PRINCÍPIOS, PREMISSAS E CONTEXTO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

A Linha de Cuidado Materno Infantil é um conjunto de ações que visa garantir o acesso e a atenção integral e de qualidade às mulheres em seu período gravídico puerperal e às crianças até 2 anos de vida, na Rede de Atenção à Saúde.

1.1 PRINCÍPIOS

O modelo de atenção adotado apresenta sete princípios:

- 1- Captação precoce da gestante;
- 2- Estratificação de Risco da Gestação;
- 3- Acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, e garantia de realização de exames e atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para as gestantes de risco intermediário e alto risco;
- 4- Vinculação da gestante ao hospital de referência e atenção ao parto conforme o risco gestacional;
- 5 - Atenção ao puerpério e atendimento ao recém-nascido;
- 6- Planejamento sexual e reprodutivo;
- 7 - Promoção à saúde.

FIGURA 1 - PRINCÍPIOS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL



FONTE: Divisão de Atenção à Saúde da Mulher - DVASM/DAV/SESA (2021)

A Linha de Cuidado está fundamentada no marco conceitual de Rede de Atenção à Saúde, proposto por Mendes (2011), e da Planificação de Atenção à Saúde (Planifica-SUS). A consolidação se dá a partir da implantação dos seus componentes, elencados abaixo:

- Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado das cidadãs residentes em seu território, com ações no planejamento familiar, pré-natal e puerpério.

- Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) com Equipe Multiprofissional Especializada para continuidade da atenção às gestantes de risco, segundo sua especificidade, a partir da estratificação de risco da gestação.
- Atenção Hospitalar (AH) referenciada a partir da estratificação de risco para a assistência à gestação, parto, puerpério e situações de urgência/emergência.
- Sistemas logísticos: Cartão SUS, e-SUS, transporte sanitário eletivo, atendimento pré-hospitalar de urgência e regulação.
- Ferramentas de apoio: Linha Guia e Carteira da Gestante.

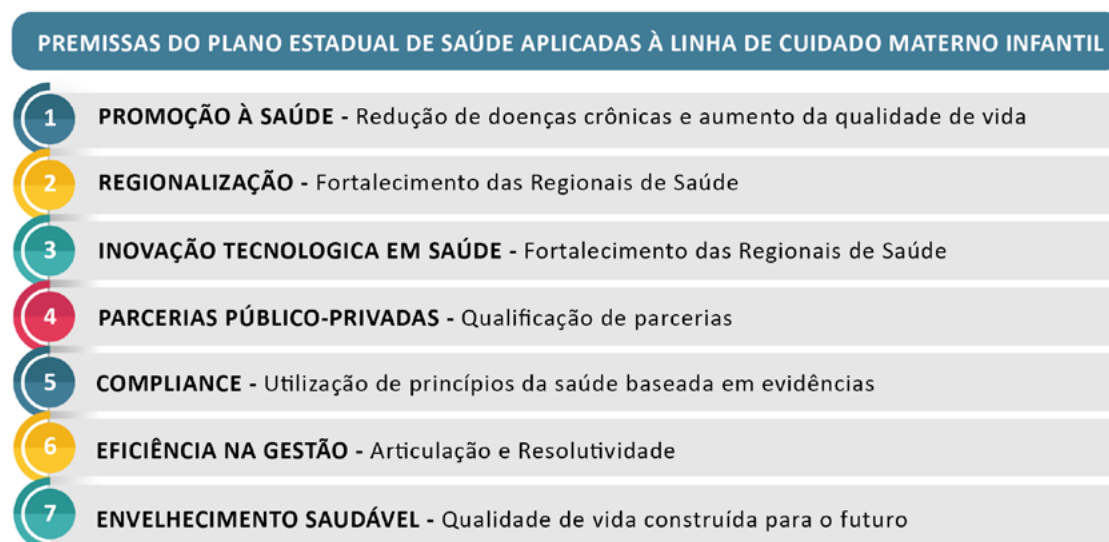
Cuidados adequados à saúde materna podem gerar benefícios como gestações futuras saudáveis e saúde e bem-estar em longo prazo. Repensar a assistência à gestação insere a saúde materna no contexto geral do ciclo de vida e indica pontos de atenção para o acesso aos serviços de saúde de maneira contínua e integrada. Essa abordagem ampliada contempla tanto o planejamento sexual e reprodutivo quanto o acompanhamento pré-gestacional, a gestação, o parto, o pós-parto e aborda intencionalmente o manejo a doenças crônicas não transmissíveis.

Ainda na perspectiva de cuidado adequado, destaca-se a importância de qualificar o cuidado tendo como aspecto norteador a equidade em saúde, que possibilita a ampliação do olhar para as especificidades das mulheres, em especial àquelas que pertencem a grupos em contexto de vulnerabilidade. Dentre estas mulheres, destacam-se as negras (pretas e pardas), indígenas, migrantes, rurais, pescadoras, ribeirinhas, ilhéus, privadas de liberdade, ciganas, acampadas e assentadas, em situação de rua, dentre outras.

1.2 PREMISSAS

Consideradas as premissas desenvolvidas no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, a Linha de Cuidado Materno Infantil pretende, em cada premissa, desenvolver abordagens específicas na atenção às gestantes, conforme descrito na Figura 2.

Figura 2: PREMISSAS DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE APLICADAS À LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL



As metas relacionadas à atenção materno infantil encontram-se divididas em Gestão e Processos, demonstradas na Tabela 1:

Tabela 1 - METAS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL ALINHADAS COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023

GESTÃO E PROCESSOS

Reduzir a morbimortalidade materna e infantil
Garantir o desempenho da Linha de Cuidado Materno Infantil em todo o Estado
Qualificar a atenção ao pré-natal, parto e puerpério
Preservar o direito das gestantes ao atendimento segundo as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento.
Garantir a vinculação das gestantes aos hospitais de referência conforme a estratificação de risco, promovendo a assistência de acordo com a necessidade técnica de cada caso
Disponibilizar os exames de apoio diagnóstico de acordo com os protocolos estabelecidos
Contratualizar os hospitais para vinculação do parto de acordo com a capacidade técnica e estrutural
Viabilizar os insumos necessários para qualificação da assistência
Incorporar tecnologias para garantir excelência na atenção integral

A Tabela 2 apresenta as estratégias para implantação e qualificação da Linha de Cuidado Materno Infantil.

Tabela 2: ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

1. Qualificar os profissionais de saúde que atuam nos pontos de atenção por meio de capacitações, presenciais e virtuais, priorizando metodologias ativas e educação permanente em saúde.
2. Apoiar os municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde, investindo na aquisição de equipamentos, construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde.
3. Padronizar a utilização da Carteira da Gestante em todo o Estado.
4. Alinhar o Atendimento Ambulatorial Especializado com equipe multiprofissional, de forma a estabelecer parâmetros para um atendimento integral e qualificado das gestantes.
5. Sensibilizar os profissionais à utilização das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, proporcionando discussões sobre a importância de uma assistência humanizada e de qualidade.
6. Fortalecer a referência hospitalar para intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, de acordo com o grau de risco da gestante, bem como encaminhamento em tempo hábil.
7. Incentivar a comunicação (cuidado compartilhado) entre os pontos de atenção por meio da Carteira da Gestante e Plano de Cuidados.
8. Instituir programa de qualificação dos hospitais da Linha de Cuidado Materno Infantil que atendam critérios para uma adequada atenção às gestantes, parturientes e recém nascidos.
9. Capacitar profissionais para atuação no planejamento sexual e reprodutivo, viabilizando o acesso aos diferentes métodos contraceptivos, evidenciando sua importância.
10. Ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria dos postos de coleta e Bancos de Leite Humano.

1.3 CONTEXTO

No Paraná, o número de nascidos vivos é de aproximadamente 153 mil ao ano (SINASC, 2022). Em 2019, 85,5% das gestantes realizaram sete consultas de pré-natal ou mais e 11,20% realizaram de quatro a seis consultas durante a gestação. A cobertura da assistência pré-natal é universal no Estado, atendendo a 99% das gestantes (SINASC, 2022).

A cobertura de Atenção Básica do estado é de 89,5% e a cobertura populacional de Estratégia de Saúde da Família é de 64,75%. Atualmente no Paraná existem 1.974 Unidades Básicas de Saúde/Centros Municipais de Saúde e 726 Postos de Saúde, totalizando 2.700 estabelecimentos (SCNES, 2022).

A atenção ao parto é realizada por hospitais que compõem a rede de referências hospitalares para Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco. A população assistida possui amplo acesso a serviços de atendimento ao parto, sendo que 99% dos nascimentos ocorrem em ambientes hospitalares (SINASC, 2017).

Quanto à idade materna, 83% das gestantes estão na faixa etária entre 20 e 39 anos, 14% são adolescentes (15-19 anos) e 3% têm mais do que 40 anos. A raça predominante das gestantes no estado é branca (76%); seguida da parda (21%); preta (2%); amarelas (0,29%) e indígenas (0,27%).

Quando analisado a via de nascimento, o Paraná apresenta na última década, uma média de 62% de nascimentos via cesariana e 37% por partos normais.

2. MORTALIDADE MATERNA

O quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foi melhorar a saúde materna e possuía duas metas globais: reduzir a mortalidade materna em três quartos do nível observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva até 2015. As Metas de Desenvolvimento do Milênio, instituídas pelas Nações Unidas no ano 2000, incluíram a saúde materna com a proposta de reduzir 75% da taxa de mortalidade materna e garantir o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015 (BRASIL, 2018).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), iniciativa global que sucedeu aos ODM, com destaque para a meta 17 “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, evidencia uma estrutura de determinantes sociais estabelecida a partir da relação entre saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2018). Os ODS incluem, como aspectos que estão além da mortalidade, a morbidade, a incapacidade e a funcionalidade, abrangendo o bem-estar social e mental e a perspectiva do curso da vida e os efeitos intergeracionais ou intradomiciliares. A ênfase convoca para a um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030 (GRAHAM et al., 2016).

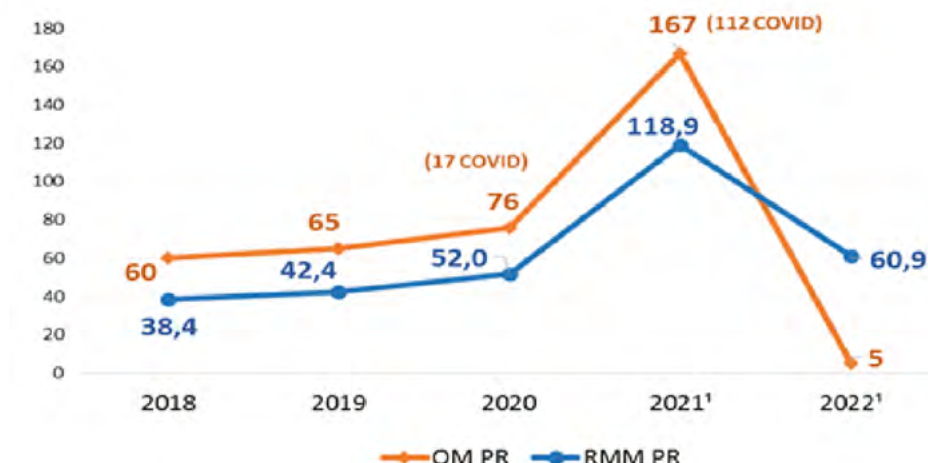
Diante de todos os esforços realizados para promover o acesso à saúde, a redução dos indicadores de mortalidade materno-infantil ainda é um desafio. A melhoria nos indicadores está relacionada ao acesso e qualidade da assistência à saúde e à educação em saúde.

A mortalidade materna é estabelecida por meio da Razão de Mortalidade Materna (RMM), definida como o número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (NV) de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2018).

O indicador é a referência para identificação de qualificação da atenção à saúde materna e representa as mortes por complicações decorrentes da gravidez ou do parto, sendo considerado um dos principais indicadores do status de um país na área da saúde. Contribui para as causas de mortalidade e morbidade materna, incluindo doenças não transmissíveis, o reflexo das transições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e ambientais (GRAHAM et al., 2016).

O Gráfico indica a RMM no Paraná nos últimos anos:

Gráfico 1: SÉRIE HISTÓRICA DE RMM/100.000 NV E FREQUÊNCIA DE ÓBITO MATERNO (SIM), PARANÁ – 2018 A 2022¹



Fonte: SIM/SINASC DBF 10/02/2022; Nota¹: dados preliminares, sujeitos a alterações.

A pandemia relacionada a COVID-19 impactou fortemente a RMM no Paraná nos anos 2020 e 2021. Gestantes e puérperas constituem grupo de risco frente à COVID-19 (BRASIL, 2021) e devem ser consideradas grupo de risco para o agravamento. O impacto da vacinação das gestantes contra COVID-19 pode ser observado no decréscimo dos casos de morte materna, a partir de agosto de 2021.

3. PONTOS DE ATENÇÃO - ESTRUTURA DE ASSISTÊNCIA E COMPETÊNCIAS DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

Os pontos de atenção são os locais em que acontece a assistência à saúde da população, e diferem entre si pela população assistida, de acordo com a complexidade do cuidado, conforme apresentado a seguir.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada da Linha de Cuidado e deve ser orientada para o cidadão, família e comunidade, fornecendo cuidados contínuos com serviços de prevenção e promoção à saúde. Este nível de atenção coordena as ações de forma que toda gestante do território tenha como referência a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência. A Carteira da Gestante é o documento que deve ser preenchido em todos os atendimentos à gestante e puérpera e proporciona comunicação das equipes da APS com os demais níveis de atenção.

Na primeira consulta de pré-natal será determinada a maternidade de referência para o parto e para situações de urgência e emergência durante a gestação, de acordo com a estratificação de risco da gestação. O estrato de risco pode mudar durante o pré-natal, mediante estratificação de risco realizada a cada consulta.

A captação precoce da gestante, a garantia do acesso ao pré-natal, o monitoramento da realização e avaliação dos resultados de exames, a identificação precoce de complicações e o acompanhamento destas até o puerpério são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim

como a estratificação de risco e a vinculação aos serviços especializados, quando necessário.

Competências da Atenção Primária à Saúde

- Conhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, de meio ambiente e de morbimortalidade.
- Fortalecer a Linha de Cuidado Materno Infantil, por meio da integração da APS, com a AAE e AH.
- Estabelecer uma programação das atividades de promoção e prevenção por meio de ações de educação em saúde a partir dos problemas e dos objetivos a serem atingidos.
- Orientar as mulheres em idade fértil para o planejamento sexual e reprodutivo, a identificação da gestação e o início precoce do pré-natal.
- Disponibilizar e qualificar o acesso aos métodos contraceptivos.
- Capacitar a equipe para o acolhimento e assistência humanizada às gestantes, puérperas e recém-nascidos.
- Inscrever as gestantes no pré-natal e cadastrá-las no e-SUS.
- Estratificar o risco gestacional a cada consulta e encaminhar as gestantes com risco intermediário e alto risco aos pontos da Atenção Ambulatorial Especializada, conforme referência, em tempo oportuno.
- Acompanhar o pré-natal de todas as gestantes do território adstrito, incluindo as de alto risco ou risco intermediário, por meio de consultas e visitas domiciliares.
- Vincular as gestantes ao hospital/maternidade, de acordo com a estratificação de risco e as pactuações regionais.
- Preencher a Carteira da Gestante com todas as informações sobre o curso da gravidez e puerpério, de maneira que todos os profissionais compreendam as informações.
- Solicitar os exames de rotina conforme o protocolo e agendar consulta em até 7 (sete) dias após resultados dos mesmos.
- Monitorar os resultados dos exames para identificar precocemente alterações.
- Garantir no mínimo 7 (sete) consultas de pré-natal, realizadas de forma conjunta e compartilhada entre médicos e enfermeiros.
- As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não deve ocorrer alta do Pré-Natal.
 - Garantir, no mínimo, duas consultas de puerpério, seguindo o seguinte cronograma:
 - A primeira, de 7 a 10 dias após o parto;
 - A segunda, até 30 após o parto, preferencialmente associada à consulta de puericultura.
- Oportunizar e realizar a vacina de BCG no recém nascido na primeira consulta puerperal (entre 7 e 10 dias).
- Realizar avaliação do risco reprodutivo e promover o planejamento sexual e reprodutivo pós parto.

- Agendar visita guiada com o serviço hospitalar de referência, para a gestante e o acompanhante, até o 6º mês de gestação.
- Realizar consulta de avaliação com a Equipe de Saúde Bucal (ESB).
- Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar à todas as gestantes adstritas, verificando se há dificuldades de acesso às consultas ou exames, se as orientações de auto-cuidado estão sendo seguidas e se há o uso efetivo da terapêutica instituída.
- Utilizar o telemonitoramento para acompanhar as gestantes com sintomas respiratórios ou com fragilidades educacionais, na adesão aos cuidados e de acesso e/ou sociais.
- Realizar busca ativa de gestantes que não comparecem às consultas ou agendamentos na UBS.
- Imunizar as gestantes, conforme Programa Nacional de Imunização (PNI).
- Promover Boas Práticas para a cobertura vacinal na gestante, puérpera e criança.
- Informar, esclarecer e apoiar a gestante na construção do plano de parto (contido na Carteira da Gestante). Com o objetivo de orientar e fortalecer suas escolhas no trabalho de parto, parto e nascimento.
- Realizar visita domiciliar puerperal pelo profissional de enfermagem até 5 dias após o parto para identificação de situações de risco, orientações de auto-cuidado, estímulo e apoio para aleitamento materno e atenção ao recém-nascido (RN).
- Incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.
- Estratificar o risco de crianças menores de dois anos e encaminhar para os serviços de referência de Risco Intermediário e Alto Risco, conforme protocolo.
- Potencializar a ação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cuidado da saúde da gestante, independente do risco gestacional, que deve: auxiliar na captação e orientação para que toda gestante inicie o mais precocemente o acompanhamento pré-natal; explicar sobre a importância de seguir o pré-natal adequadamente; orientar sobre a periodicidade das consultas; fazer a busca ativa de faltosas; encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar enfermeiro ou médico de sua equipe, caso a mesma apresente sinais de risco; realizar visitas no período puerperal, acompanhado pela equipe de enfermagem.
- Realizar monitoramento dos indicadores estaduais e federais (Previne Brasil, Plano Municipal de Saúde).

Estrutura

- Unidade Básica de Saúde (UBS).

Exames

- Garantir exames para gestantes de estratificação de Risco Habitual, Intermediário e Alto no quantitativo especificado a seguir:

Exames	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste rápido de gravidez ou Beta HCG qualitativo	X		
Teste rápido para HIV ou pesquisa de anticorpos anti - HIV1 + HIV2 (Elisa)	X	X	X
Teste rápido para sífilis (teste treponêmico) ou VDRL (teste não treponêmicos)	X	X	X
FTA-ABS ou sorologia por quimioluminescência (testes treponêmicos)	X	X	X
Tipagem sanguínea (grupos ABO, Fator Rh)	X		
Teste indireto de antglobulina humana (TIA) (COOMBS indireto)	X		
Eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha)	X		
Hemograma completo	X	X	X
Urina I (parcial de urina)	X	X	X
Cultura de urina (urocultura)	X	X	X
Dosagem de glicose	X		
Teste oral de tolerância à glicose		(entre 24 – 28 semanas)	
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG)	X	X	X
Toxoplasmose (IgG e IgM)	X	X*	X*
Teste de avididade de IgG para toxoplasmose*	X**	X**	X**
Pesquisa para hormônio tireoestimulante – TSH	X***		
Parasitológico de fezes	X		
Ultrassonografia obstétrica	X	X	
Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora	X		

* (se suscetível) IgG de 1º trimestre negativo

**Se IgG e IgM positivos

***se TSH alterado fazer acompanhamento conforme descrito na página 27

3.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA MATERNO INFANTIL

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é um ponto de atenção secundário na Linha de Cuidado que presta assistência às gestantes estratificadas como risco intermediário e alto risco, com cuidado compartilhado pela APS. Este atendimento é desempenhado por uma equipe multiprofissional especializada, de maneira interdisciplinar, através de ciclos de assistência contínua, elaboração de plano de cuidados e comunicação efetiva, garantindo um cuidado contínuo e integrado.

Todos os atendimentos são eletivos, ou seja, programados para a/o usuária (o) com condições crônicas não agudizadas, previamente cadastrados, acompanhados e estratificados pela APS.

O modelo de atenção adotado tem como premissa o princípio da integralidade, com um plano de cuidado elaborado pela equipe da AAE para o compartilhamento ou transição do cuidado com a APS. Além das funções assistenciais, a AAE tem em seu escopo de atuação o desenvolvimento de atividades educacionais, supervisionais e de pesquisa.

Em cada Regional de Saúde está previsto, no mínimo, um ponto da AAE.

Competências da Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatórios)

- Garantir o acesso e a qualidade da atenção multiprofissional humanizada, com base na pactuação regional.
- Disponibilizar com antecedência as agendas de consultas, exames e procedimentos para utilização pelo município.
- Realizar atendimento às gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS com base na estratificação de risco, estabilização clínica e autocuidado apoiado, conforme as características do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ou seja, na modalidade de atenção focada no cuidado multiprofissional e interdisciplinar, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional.
- Receber a gestante em qualquer período do pré-natal, conforme os critérios clínicos estabelecidos nesta Linha Guia (estratificação de risco, estabilização clínica e autocuidado apoiado) identificados pela APS.
- Organizar o atendimento conforme as características do Modelo de Atenção Ambulatorial Especializada, no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais para avaliação clínica por todos os profissionais e prescrição das condutas e recomendações, sistematizados em único plano de cuidados para cada pessoa.
- O plano de cuidado deve ser assumido como o principal instrumento de comunicação entre as equipes, sendo inicialmente elaborado pela equipe da APS, revisado e complementado pela equipe da AAE, e monitorado por ambas as equipes.
- Elaborar ou complementar o Plano de Parto elaborado na APS, em conformidade com as diretrizes clínicas vigentes.
- Disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados. Caso seja necessário a realização de exames laboratoriais complementares, estes poderão ser solicitados por nível de atenção e realizados pela APS. Os exames de imagem de rotina são de responsabilidade da APS, e os exames complementares serão solicitados a critério médico de acordo com a necessidade clínica da gestante, devendo ser realizados de acordo com pactuação regional e municipal.
- Realizar o registro do atendimento no prontuário e Carteira da Gestante, bem como nos formulários e encaminhamentos.
- Realizar ações de capacitação e apoio presencial ou a distância para as equipes da APS, AAE e usuários.
- Realizar o compartilhamento ou a transição da atenção da AAE para a APS por meio do Plano de Cuidados da Gestante. A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à ges-

tante durante todo o ciclo gravídico puerperal. As equipes da APS e AAE devem atuar de forma articulada. Ou seja, as decisões clínicas deverão manter objetivos e conduta comuns com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes/protocolos clínicos e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão da clínica efetiva.

- Realizar atividades educacionais para as gestantes, pais, acompanhantes e familiares.
- Realizar ações de promoção ao Planejamento Sexual e Reprodutivo.

Risco Intermediário

- Realizar primeira consulta individual, no primeiro trimestre, para as gestantes de Risco Intermediário. Caso seja necessário, a equipe multiprofissional deverá agendar novos atendimentos.
- O atendimento deverá ser realizado o mais breve possível a partir da data de estratificação.
- A transição do cuidado deverá ser realizada com o compartilhamento do plano de cuidado. Essa ação possibilita que a equipe da APS, apoiada pela equipe da AAE, assuma, com mais segurança, o cuidado da gestante de risco intermediário.
- Caberá à equipe da AAE responsável pelo atendimento à gestante, definir a necessidade de retorno ao ambulatório conforme as Diretrizes Clínicas.
- As gestantes de risco intermediário devem realizar todos os exames listados no risco habitual.
- Garantir exames solicitados a critério médico do ambulatório para gestantes de Risco Intermediário, no quantitativo especificado a seguir:

Exames/Consultas	Quantitativo Mínimo liberado
Ultrassom Obstétrico	1 exame / GRI (a critério médico)
Ultrassom Obstétrico com doppler	1 exame / GRI (a critério médico)
Ultrassom Morfológico	1 exame / GRI (a critério médico)
Tococardiografia anteparto	1 exame / GRI (a critério médico)
Eletrocardiograma	1 exame / GRI (a critério médico)
Psiquiatra (conforme indicação do Plano de Cuidados)	1 atendimento / GRI (a critério médico)

Alto Risco

- São previstas, no mínimo, 5 (cinco) consultas para gestação de Alto Risco durante o período da gestação.
- As gestantes de alto risco devem realizar todos os exames listados no risco habitual.
- O atendimento deverá ser realizado o mais breve possível a partir da data de estratificação.
- O compartilhamento do cuidado deverá ser realizado com o plano de cuidado, o que possibilita que a equipe da APS, apoiada pela equipe da AAE, assuma, com mais segurança, o cuidado da gestante de alto risco.

- Garantir exames solicitados a critério médico do ambulatório para gestantes de Alto Risco no quantitativo especificado a seguir:

Exames/Consultas	Quantitativo Mínimo liberado
Ultrassom Obstétrico	2 exames / GAR (a critério médico)
Ultrassom Obstétrico com doppler	1 exame / GAR (a critério médico)
Ultrassom Morfológico	1 exame / GAR (a critério médico)
Tococardiografia anteparto	2 exames / GAR (a critério médico)
Eletrocardiograma	1 exame / GAR (a critério médico)
Cardiologia	1 atendimento / GAR (a critério médico)
Endocrinologia	1 atendimento / GAR (a critério médico)
Psiquiatria (conforme indicação do Plano de Cuidados)	1 atendimento / GAR (a critério médico)

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA AAE (AMBULATÓRIO)

Atividades/ Procedimentos	Equipe	Número de Atendimento previsto Gestante de Risco Intermediário	Número de Atendimento previsto Gestante Alto Risco
Consultas e Atendimentos	Médico Obstetra, Enfermeiro, Assistente Social ou Psicólogo, entre outros*	1 atendimento com cada profissional da equipe multiprofissional durante o período gestacional	5 atendimentos com cada profissional da equipe multiprofissional durante o período gestacional
	Nutricionista*	15% do total das gestan- tes de risco intermediário	30% do total das gestan- tes de alto risco

* Resolução SESA 1418/2021

3.3 ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)

A Atenção Hospitalar é o ponto da linha de cuidado que tem a finalidade de prestar assistência imediata e qualificada durante a gestação, o parto e o puerpério bem como às situações de urgência e emergência relacionadas.

A assistência deve ser pautada no modelo de humanização da assistência, visando que a experiência de atendimento hospitalar proporcione um atendimento seguro, no qual haja acolhimento e orientação de acordo com o nível educacional da mulher e de sua família.

Na primeira consulta de pré-natal, a gestante é vinculada à maternidade de referência para o nascimento, de acordo com a estratificação de risco. Durante cada consulta de pré-natal, a estratificação pode ser alterada e, conseqüentemente, a referência hospitalar.

Para esse nível de atenção, a SESA estabeleceu uma tipologia para os hospitais que atendem a gestante de Risco Habitual, Risco Intermediário e de Alto Risco, a qual permitiu identificar os serviços hospitalares de acordo com a capacidade técnica para atendimento específico de acordo com o risco.

Competências da Atenção Hospitalar

- Garantir a vinculação para assistência ao parto de gestantes, referenciadas de acordo com a tipologia e estratificação risco da gestação.

- Atender intercorrências das gestantes e puérperas vinculadas ou referenciadas ao serviço nas 24h, bem como dos recém-nascidos até 28 dias de vida de acordo com a tipologia.
- Realizar Classificação de Risco Obstétrico de gestantes e puérperas, atender e encaminhar à referência regional de maior complexidade, quando necessário, garantindo transporte seguro.
- Estar inserido na Rede de Atenção à Saúde, em especial na Linha de Cuidado Materno Infantil, fazendo a transferência da gestante/puérpera e recém-nascido para o alto risco, de acordo com a classificação de risco e pactuação na Comissão Intergestores Regional – CIR.
- Respeitar o plano de parto elaborado durante o pré-natal e contido na Carteira da Gestante da SESA/PR.
- Possuir Alojamento Conjunto.
- Manter ativa a Comissão de Revisão de Óbito com ênfase na prevenção de mortalidade materna e infantil.
- Adotar as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), bem como desenvolver ações em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, e o atendimento às recomendações emitidas pela SESA, fazendo uso de protocolos clínicos atualizados e de segurança do paciente.
- Promover assistência qualificada, multiprofissional, com ênfase no Modelo de Cuidado Humanizado, respeitando a individualidade e as escolhas da mulher.
- Proporcionar a parturiente experiências positivas, seguras e participativas, que favoreça a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, deambulação durante o Trabalho de Parto e livre escolha da posição de parto.
- Monitorar a Assistência Obstétrica, por meio de indicadores assistências, tais como: taxa de partos normais e cesáreas, taxa de utilização de ocitocina, taxa de partos atendidos por categoria profissional (médicos e enfermeiros), taxa de parturientes em jejum durante o trabalho de parto, taxa de posição materna durante o trabalho de parto, taxa de recém nascidos submetidos ao contato pele a pele imediato após o parto, taxa de clampeamento precoce do cordão umbilical, taxa de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, taxa de episiotomia, taxa de deambulação no trabalho de parto, taxa de amniotomia, taxa de parturientes submetidas a analgesia, taxa de recém nascidos com promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida, taxa de uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e outros.
- Possuir Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e protocolos clínicos implantados de acordo com a Linha de Cuidado Materno Infantil da SESA/PR.
- Realizar estratificação de risco da criança ao nascer conforme protocolo vigente.
- Garantir a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto (Lei Federal nº 11.108/2005).
- Possuir plano de ação para redução das taxas de cesárea.
- Utilizar e apresentar registro do partograma em 100% dos partos assistidos.

- Apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” do Ministério da Saúde;
- Desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais de acordo com a necessidade das equipes e coerentes com a Linha de Cuidado Materno Infantil, mantendo o registro das ações.
- Realizar orientações acerca de: planejamento sexual e reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera, cuidados e sinais de risco e manutenção do aleitamento materno.
- Realizar alta qualificada fornecendo à puérpera o resumo de alta, orientações sobre referências em caso de emergências e encaminhamento à consulta de puerpério e puericultura.
- Garantir o correto preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos e Declarações de Óbitos.
- Garantir o preenchimento da Carteira da Gestante referente aos atendimentos realizados AH.
- Fornecer e preencher a Caderneta da Criança.
- Atender às exigências de infraestrutura, processo e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde;
- Realizar teste rápido de HIV e Sífilis em 100% das parturientes e situações de abortamento.
- Garantir aos recém-nascidos em risco de exposição ao HIV a profilaxia para prevenção da transmissão vertical de acordo com protocolo vigente.
- Realizar todos os testes de Triagem Neonatal, sendo eles: Triagem Oftalmológica, Triagem Cardiológica, Triagem Auditiva e Triagem Biológica (Teste do Pezinho), conforme orientações e prazos do Ministério da Saúde e SESA/PR em 100% dos nascidos vivos.
- Alimentar e atualizar o sistema de Triagem Neonatal vigente.
- Apoiar e promover o cuidado humanizado ao recém-nascido e seus pais, por meio da implantação da 1ª fase do Método Canguru, conforme a portaria e manual vigentes do Ministério da Saúde.
- Realizar a identificação, notificação e investigação dos casos de near miss materno.
- Alimentar e atualizar todos os sistemas de informações.
- Realizar identificação, notificação e investigação das Infecções Relacionadas à Assistência (IRAS) e dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde.
- Promover a visita da gestante ao serviço no último trimestre de gestação em conjunto com a APS, com fortalecimento da construção do Plano de Parto e das atividades de Educação em Saúde na APS.

Equipe e Suporte

Hospital de Risco Habitual

- Atender intercorrências das gestantes e puérperas de risco habitual vinculadas ou referenciadas ao

serviço nas 24 horas, bem como dos recém-nascidos até 28 dias de vida.

- Dispor de médicos e enfermeiros (preferencialmente com especialização em obstetrícia) nas 24 horas do funcionamento do serviço, com nome e carga horária cadastrados no CNES.

- Realizar no mínimo 120 partos/ano, número que poderá ser menor, desde que atenda a necessidade de parto da região, mediante análise, aprovação e deliberação da CIR, considerando como fator de análise os últimos quatro anos quanto à taxa de mortalidade materna, mortalidade infantil, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes e puérperas atendidas, condições relacionadas à área física, condições relacionadas à equipe técnica e condições sanitárias.

Hospital de Risco Intermediário

- Garantir a vinculação para assistência ao parto de gestante de risco habitual e intermediário referenciadas.

- Atender intercorrências das gestantes e puérperas de risco habitual e risco intermediário, vinculadas ou referenciadas ao serviço nas 24 horas, bem como dos recém-nascidos até 28 dias de vida.

- Dispor de obstetra, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), pediatra e anestesiológista nas 24 horas para atenção ao parto.

- Realizar no mínimo 200 partos/ano, este número poderá ser menor, desde que atenda a necessidade de parto da região, mediante análise, aprovação e deliberação da CIR, considerando como fator de análise os últimos quatro anos quanto à taxa de mortalidade materna, mortalidade infantil, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes e puérperas atendidas, condições relacionadas à área física, condições relacionadas à equipe técnica e condições sanitárias.

Hospital de Alto Risco

- Possuir leitos de UTI Adulto e UTI Neonatal.

- Dispor de obstetra, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), pediatra, intensivista e anestesiológista nas 24 horas para atenção ao parto.

A organização dos serviços precisa considerar as necessidades de saúde das mulheres e ampliar seu escopo de atuação para as reais demandas, incluindo a integração de serviços de saúde nos níveis de atendimento, especialidades médicas, além do atendimento clínico e social. Serviços de referência especializados para situações de violência e atenção à saúde mental devem ser incluídos por serem imprescindíveis para uma resposta eficaz.

4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTAÇÃO

A estratificação de risco para a gestante e para a criança foi estabelecida como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH).

Configura-se como estratégia para identificar com antecedência fatores de risco potencialmente perigosos ao binômio durante o ciclo gravídico, e inserir gestantes, puérperas e neonatos no local certo, no momento certo e sendo atendidos pela equipe com nível de capacitação técnica adequada, com acompanhamento contínuo da APS.

A estratificação de risco da gestação irá determinar o local de realização do Pré-Natal, ou seja, na APS para as gestantes de risco habitual ou de forma compartilhada com a AAE para as gestantes de risco intermediário e alto risco. Da mesma forma irá determinar a referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência.

Entende-se então que a gestante, puérpera e neonato (até 28 dias de vida) devem receber pronto

atendimento, quando necessário, em sua referência hospitalar, de acordo com a estratificação de risco. Evitando-se peregrinação dos mesmos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais unidades inespecíficas para esta população.

Vale ressaltar que, mesmo que haja encaminhando a outro nível de atenção, a equipe da APS permanece responsável pelo cuidado à gestante residente no seu território. Ou seja, não existe “alta do Pré-Natal” pela APS até os 42 dias após o nascimento.

Tendo em vista as mudanças ocorridas no perfil das gestantes desde a implantação da rede materno-infantil, identificou-se a necessidade de revisar e atualizar os critérios para estratificação de risco das gestantes, a fim de qualificar a Atenção Pré-Natal.

Diante disso, a equipe da Divisão de Atenção à Saúde da Mulher da SESA coordenou o processo de revisão da estratificação de risco gestacional de forma colaborativa, em conjunto com profissionais da APS, AAE e AH, bem como consultou técnicos de outras diretorias da SESA e das Regionais de Saúde e a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA). A revisão, que hora se apresenta, passou ainda por consulta do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (Comissão de Saúde da Mulher) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR).

Dessa forma, é importante que a equipe multiprofissional organize o atendimento para avaliar se há fatores de risco que afetam a gestação e de que maneira eles podem ser reduzidos, em todos os níveis de assistência.

A avaliação e a estratificação de risco devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Deve ser garantido o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada à gestação de risco, conforme desenho da Linha de Cuidado Materno Infantil. O cuidado específico deve permanecer até a segunda consulta puerperal, cerca de 30 a 42 dias após o parto, se não houver indicação de ampliação do acompanhamento.

A estratificação de risco difere-se da Classificação de Risco Obstétrico (BRASIL, 2017), ferramenta que deverá ser utilizada no pronto atendimento da APS, AAE e AH em situações de intercorrências clínicas e/ou situações de urgência e emergência, para definição do ponto de atenção mais qualificado à complexidade do cuidado evidenciada. Neste caso a equipe de saúde deve lançar mão dos fluxos de regulação de leito e pactuações regionalizadas de assistência.

O processo de “regionalização” da Estratificação de Risco poderá acontecer mediante deliberação em Comissão Intergestores Regional (CIR), consideradas as devidas justificativas. Corresponde a mudanças de critérios de Estratificação de Risco para outro estrato de risco, com base no acesso e integralidade do cuidado regional.

Um exemplo é a manutenção de gestantes com diabetes gestacional (não insulino-dependentes) no estrato de alto risco, devido a particularidades da equipe da AAE da região. Tal possibilidade não modifica substancialmente a Estratificação de Risco do estado, mas agrega qualidade a assistência materno infantil da região.

O quadro abaixo apresenta situações de urgência e emergência na gestação que não se enquadram na Estratificação de Risco e necessitam pronto atendimento.

Urgência e Emergência – Situações na gestação atual que não se enquadram em estratificação de risco para acompanhamento pré-natal
· Aborto (todos os tipos de aborto) ¹ ;
· Gravidez ectópica ² ;
· Doença trofoblástica ³ ;

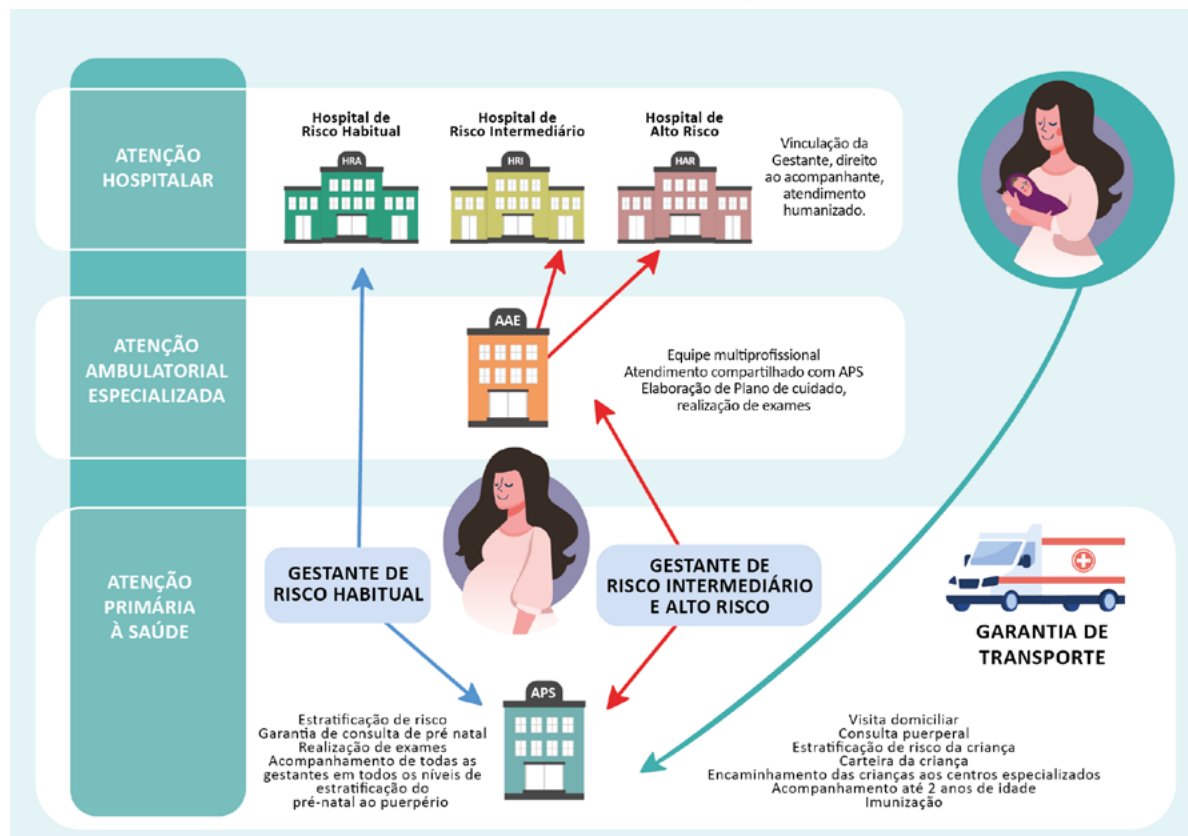
1. Aborto com necessidade de manejo com misoprostol encaminhar para maternidade habilitada para este manejo, conforme pactuação regional.

2 Encaminhar para maternidade de risco habitual, intermediário ou alto risco, conforme pactuação regional

3 Encaminhar para maternidade de alto risco.

A figura abaixo representa os fluxos de assistência na Atenção ao Pré Natal, Parto e Puerpério, respeitadas as ferramentas de Estratificação e Classificação de Risco.

Figura 3 - MODELO DE FLUXO REFERENCIADO PARA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL



FONTE: Divisão de Atenção à Saúde da Mulher - DVASM/SESA (-02020).

As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência e regulação imediata, respeitados fluxos pré definidos na APS, AAE e AH.

Destaca-se que a Estratificação de Risco compõe os demais instrumentos de assistência e gestão, tais como Linha Guia Materno Infantil e pactuações /programações vigentes da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH).

Apresenta-se abaixo a Estratificação de Risco da Gestação, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (Del. CIB/PR nº 24 de 03/03/2021) conforme critérios baseados nas características individuais e socioeconômicas das gestantes, bem como na história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias à gestação e intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual.

4.1 RISCO HABITUAL

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	Gestantes com características individuais e condições socio-demográficas favoráveis, inclusive: <u>Características individuais e socioeconômicas:</u> •Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); <u>História reprodutiva anterior:</u> •Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); <u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u> •Ameaça de aborto¹; •Hipotireoidismo²; •Tabagismo (Fagerström < 8 pontos)³; •Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos)⁴; •Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); •Depressão e ansiedade leve⁵; •Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

1. Ameaça de aborto é a presença de sangramento transvaginal antes de 20 semanas de gestação, associado ou não a dores por contrações uterinas. O colo uterino deve estar fechado e o conceito vivo intraútero. Demanda avaliação na maternidade de referência

2. Hipotireoidismo: Anexo I / 3. Teste de Fagerström: Anexo II

4. Teste de T-ACE: Anexo III / 5. Para definição dos casos leves e graves relacionados à saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada.

4.2 RISCO INTERMEDIÁRIO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe da APS	Gestantes que apresentam: <u>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</u> •Idade < 15 anos ou > 40 anos; •Baixa escolaridade (<3 anos de estudo); •Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; •Gestante negra (preta ou parda); •Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos)¹; •Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)²; <u>História reprodutiva anterior:</u> •Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior³; •Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); •Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; •Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. <u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u> •Diabetes gestacional não-insulinodependente; •Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);
E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	E Equipe multiprofissional Especializada	

1. Teste de Fagerström: Anexo II / 2. Teste de T-ACE: Anexo III / 3. Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).

4.3 ALTO RISCO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde) E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe da APS E Equipe multiprofissional Especializada	<u>Características individuais e condições Socioeconômicas:</u> • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC ≥ 40). <u>Condições Clínicas prévias à gestação:</u> • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; • Cirurgia uterina prévia fora da gestação; • Colelitíase com repercussão na atual gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas: - Doença falciforme (exceto traço falciforme); - outras hematopatias. • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); • Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BI-RADS ≥ 4; • Hipertensão arterial crônica; • Hipertireoidismo; • Histórico de tromboembolismo; • Má formação útero-vaginal; • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação); • Neoplasias; • Pneumopatias descompensadas ou graves; • Psicose ou depressão grave¹. <u>História reprodutiva anterior:</u> • Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); • Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores. <u>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:</u> • Anemia grave (Hemoglobina < 8); • Diabetes gestacional insulínica dependente; • Doenças infectocontagiosas: - HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses; - Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; • Doença hemolítica perinatal; • Gestação gemelar; • Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). • Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); • Incompetência Istmo-cervical; • Má formação fetal confirmada;

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
		•Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)²; •Oligodrâmnio ou polidrâmnio; •Placenta acreta/acretismo placentário; •Placenta prévia (após 22 semanas); •Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)²; •Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; •Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); •Tromboembolismo na gestação; •Trombofilias na gestação; •Senescência placentária com comprometimento fetal.

1. Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada / 2. Utilizar Tabela de Hadlock (vide Carteira da Gestante).

Importante:

A estratificação de risco deve ser realizada em todos os atendimentos, ou seja, na primeira consulta e em todas as subsequentes programadas, ou sempre que for identificado um fator de risco.

- Basta a identificação de um único critério para definir o estrato de risco, predominando o critério relacionado ao maior risco.
- O compartilhamento do cuidado da gestante com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) poderá ocorrer em qualquer período do pré-natal, conforme estratificação de risco realizada.
- Na ocorrência de transição de cuidado da AAE para a Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância a elaboração do Plano de Cuidados da Gestante, bem como, a definição de condições que poderão determinar novo encaminhamento para avaliação e conduta da equipe da AAE e apoio matricial.
- A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe. Ou seja, deverão manter objetivo e conduta comum com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da gestante.
- As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência e regulação imediata, respeitados fluxos pré definidos na APS, AAE e Atenção Hospitalar.
- A regionalização da Estratificação de Risco poderá ser utilizada, com adequação dos critérios e respectivo risco da gestação, condicionada ao fundamento da qualificação do cuidado e pactuação em Comissão Intergestores Regional (CIR).

4.4 ANEXO 1: HIPOTIREOIDISMO

A dosagem do TSH é mais sensível do que o T4 livre para detectar o hipotireoidismo. Se o TSH estiver alterado recomenda-se dosar o T4 livre.

O tratamento para o hipotireoidismo é recomendado quando os níveis de TSH são: >2,5 IU/L no 1º trimestre e >3,0 IU/L no 2º e 3º trimestre da gestação (Thyroid Diseases in Pregnancy, Figo).

HIPOTIREOIDISMO		
Diagnóstico	Orientações medicamentosas	Manejo
Hipotireoidismo com diagnóstico prévio à gestação	Recomenda-se aumento na dosagem de reposição da levotiroxina de 25% a 30%, após o diagnóstico de gestação, dependendo da etiologia do hipotireoidismo e dos níveis de TSH.	Avaliar TSH na primeira consulta de pré natal. O objetivo do tratamento é obter o eutireoidismo clínico e laboratorial. Recomenda-se monitorar o TSH, dosando a cada 4/ 6 semanas. Ajuste de doses em incrementos de 25 – 50 mcg.
Hipotireoidismo franco (sintomático) diagnosticado na gestação	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 2mcg/kg/dia	O objetivo é manter o TSH entre 0,4 e 2,5 mU/l; Recomenda-se que a levotiroxina seja ingerida em jejum, pelo menos de 30 a 60 minutos antes do café da manhã, e com quatro horas de intervalo com medicamentos que interfiram na sua absorção, tais como: ferro, cálcio, alumínio ou produtos derivados de soja.
Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 1.20mcg/kg/dia.	

Fonte: Gestação de Alto Risco MS, 2012, European Thyroid Association-ETA, 2014. CURITIBA, Rede mãe curitibana vale a vida, 2019.

4.5 ANEXO 2: TESTE DE FAGERSTROM (TABAGISMO)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendada que se suspenda o uso do tabaco durante a gestação. Todas as gestantes devem ser questionadas sobre o uso de tabaco. Diante de resposta positiva (pg.9 da Carteira da Gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE DE FAGERSTROM

Afere o grau de dependência à nicotina. Ele deve ser aplicado nas gestantes tabagistas na primeira consulta e quando necessário em consultas subsequentes. As perguntas devem ser realizadas elencando pontuações a cada resultado, com uma somatória final que permite avaliar o valor no fim da página.

Teste de Fagerstrom	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? Dentro de 5 minutos (3) 6-30 minutos (2) 31-60 minutos (1) Depois de 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros) Sim (1) Não (0)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? O primeiro da manhã (1) Outros (0)	
4. Quantos cigarros você fuma por dia? Menos de 10 (0) De 11 a 20 (1) De 21 a 30 (2) Mais de 31 (3)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? Sim (1) Não (0)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? Sim (1) Não (0)	
Total de pontos	

Resultado Teste de Fagerström

Pontos	Dependência do tabaco
0-2	muito baixa
3-4	baixa
5	média
6-7	elevada
8-10	muito elevada

4.6 ANEXO 3: TESTE T-ACE (ETILISMO)

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Diante de resposta positiva ao uso de álcool (pg.7 Carteira da Gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

T-ACE	Respostas
T (Tolerance = Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão)	() Não bebo - 0 ponto () Até duas doses – 1 ponto () Três ou mais doses – 2 pontos
A (Annoyed = Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
C (Cut down = cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
E (Eye-opener = abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para livrar-se do mal estar do “dia seguinte” (ressaca)?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
Total de Pontos	

Resultado: 2 ou mais pontos = Indicativo de Dependência ao álcool.

5. REFERÊNCIAS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

(Quadro atualizado constantemente, de acordo com pactuações regionais).

1ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Regional do Litoral (Paranaguá)		Guaraqueçaba, Morretes, Paranaguá, Pontal do Paraná	Todos os municípios da 01ª RS
	Secretaria Municipal de Antonina		Antonina	
	Ambulatório Municipal de Guaratuba		Guaratuba	
	Hospital Nossa Senhora dos Navegantes (Matinhos)		Matinhos	
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Regional do Litoral (Paranaguá)	Guaraqueçaba, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná	Guaraqueçaba, Paranaguá e Pontal do Paraná	Todos os municípios da 01ª RS
	Hospital Dr. Silvio Bittencourt Linhares (Antonina)	Antonina	Antonina	
	Hospital Municipal de Guaratuba	Guaratuba	Guaratuba	
	Hospital Nossa Senhora dos Navegantes (Matinhos)	Matinhos	Matinhos	

2ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	COMESP (São José dos Pinhais)		TAlmirante Tamandaré, Campina Grande do Sul, Colombo, Contenda, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Negro, São José dos Pinhais e Tijucas do Sul e Tunas do Paraná	São José dos Pinhais Tijucas do Sul
	Hospital do Trabalhador (Curitiba)		Agudos do Sul Campo Magro Curitiba Mandirituba	Agudos do Sul Campo Magro Curitiba Mandirituba
	Hospital do Trabalhador (Curitiba) Hospital Angelina Caron (Campina Grande do Sul) Hospital do Rocio (Campo Largo) Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (Curitiba) Hospital de Clínicas (Curitiba) Hospital Municipal de Araucária		Todos os municípios vinculados aos respectivos hospitais para realização do parto.	Todos os municípios vinculados aos respectivos hospitais para realização do parto.

	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
2ª RS	Hospital do Trabalhador (Curitiba)	Agudos do Sul, Campo magro, Curitiba, Mandirituba, Campina Grande do Sul e Quatro barras	Agudos do sul Mandirituba	Curitiba
	Hospital Angelina Caron (Campina Grande do Sul)	Campina Grande do Sul e Quatro barras		Adrianópolis, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Colombo, Piraquara, Quatro Barras
	Hospital do Rocio (Campo Largo)	Balsa nova Campo largo	Campo largo	Agudos do sul, Almirante Tamandaré, Balsa nova, Campo do Tenente, Campo largo, Contenda, Fazenda Rio Grande, Lapa, Mandirituba, Piên e Rio Negro
	Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (Curitiba)	Curitiba		Campo magro, Curitiba, Pinhais, Rio Branco do Sul, Tunas do Paraná
	Hospital de Clínicas (Curitiba)	Curitiba		Cerro azul, Curitiba, Doutor Ulysses, Itaperuçu e Quitandinha
	Hospital e Maternidade (São José dos Pinhais)	São José dos Pinhais e Tijucas do Sul		São José dos Pinhais e Tijucas do Sul
	Hospital Municipal de Araucária	Araucária Contenda		Araucária e Contenda
	Maternidade Mater Dei (Curitiba)	Adrianópolis, Almirante Tamandaré, Cerro azul, Curitiba, Doutor Ulysses, Itaperuçu, Piên, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Tunas do Paraná	Cerro azul Doutor ulysses Bocaiúva do Sul Colombo	
	Hospital Maternidade Alto Maracanã (Colombo)	Bocaiúva do sul Colombo	Bocaiúva do Sul e Colombo	
	Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida (Fazenda Rio Grande)	Fazenda Rio Grande		
	Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais (Pinhais)	Pinhais e Piraquara		

	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
2ª RS	Maternidade Municipal Humberto Carrano (Lapa)	Campo do Tenente e Lapa		
	Maternidade Dona Catarina Kuss (Mafra-SC)	Mafra - SC	Rio Negro	
	Maternidade Hospitalar Rio Negrinho (Rio Negrinho-SC)	Rio Negrinho - SC	Rio Negro	

	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
3ª RS	Hospital Universitário Materno Infantil (Ponta Grossa)			Arapoti, Carambeí, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés
	Centro da Mulher Municipal de Castro		Castro	Castro
	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa			Ponta Grossa
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital do Rocio (Campo Largo)	Porto Amazonas	Porto Amazonas, São João do Triunfo	Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo
	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa			Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ponta Grossa e Sengés
	Hospital Cruz Vermelha (Castro)	Arapoti, Carambeí, Castro, Piraí do Sul, Sengés	Castro	
	Hospital Universitário Materno Infantil (Ponta Grossa)	Ipiranga, Ivaí, Palmeira, Ponta Grossa, São João do Triunfo	Arapoti, Carambeí, Ipiranga, Ivaí, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa e Sengés	
	Hospital Carolina Lupion (Jaguariaíva)	Jaguariaíva	Jaguariaíva	

4ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CIS/AMCESPAR (Irati)		Todos os municípios da 04ªRS	Todos os municípios da 04ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Santa Casa de Irati	Rebouças, Irati Inácio Martins, Imbituva Fernandes Pinheiro Teixeira Soares Guamiranga	Rebouças, Irati Inácio Martins, Imbituva Fernandes Pinheiro Teixeira Soares, Guamiranga	Todos os municípios da 04ªRS
	Hospital São Pedro (Mallet)	Mallet		
	Hospital São Francisco de (Assis Rio Azul)	Rio Azul		

5ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CISGAP (Guarapuava)		Guarapuava, Pinhão e Turvo	Guarapuava, Pinhão e Turvo
	CIS CENTRO-OESTE (Guarapuava)		Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Candói Cantagalo, Foz do Jordão Goioxim, Laranjal, Palmital, Pitanga Prudentópolis Reserva do Iguaçu	Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Candói Cantagalo, Foz do Jordão Goioxim, Laranjal, Palmital, Pitanga Prudentópolis Reserva do Iguaçu
	ASSICOP (Laranjeiras do Sul)		Laranjeiras do Sul Marquinho Nova Laranjeiras Porto Barreiro Rio Bonito do Iguaçu Virmond	Laranjeiras do Sul Marquinho Nova Laranjeiras Porto Barreiro Rio Bonito do Iguaçu, Virmond
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Instituto Virmond (Guarapuava)	Boa Ventura de São Roque, Goioxim, Guarapuava, Palmital e Turvo	Boa Ventura de São Roque, Goioxim, Guarapuava, Palmital e Turvo	Guarapuava, Goioxim Pinhão Boa Ventura de São Roque, Laranjal, Palmital, Pitanga e Turvo

	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
5ª RS	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (Guarapuava)	Campina do Simão Guarapuava Santa Maria do Oeste (22ªRS)	Campina do Simão Guarapuava, Prudentópolis, Candói Foz do Jordão Reserva do Iguaçu Santa Maria do Oeste (22ªRS)	Campina do Simão Guarapuava Prudentópolis, Candói Foz do Jordão Reserva do Iguaçu Cantagalo Laranjeiras do Sul Marquinho, Nova Laranjeiras Porto Barreiro Rio Bonito do Iguaçu, Virmond
	Organização São Lucas (Laranjeiras do Sul)	Cantagalo, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu, Virmond	Cantagalo Laranjeiras do Sul Marquinho Nova Laranjeiras Porto Barreiro Rio Bonito do Iguaçu Virmond	
	Hospital São Vicente de Paulo (Pitanga)	Laranjal e Pitanga	Laranjal e Pitanga	
	Hospital Santa Clara (Candói)	Candói, Foz do Jordão e Reserva do Iguaçu		
	Hospital Sagrado Coração de Jesus (Prudentópolis)	Prudentópolis		
	Hospital Santa Cruz (Pinhão)	Pinhão		

	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
6ª RS	CISVALI (União da Vitória)		Todos os municípios da 06ª RS	Todos os municípios da 06ª RS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Associação de Proteção à Maternidade e à infância - APMI (União da Vitória)	General Carneiro, Paula Freitas, Paulo Frontin, Porto Vitória, e União da Vitória	General Carneiro, Paula Freitas, Paulo Frontin, Porto Vitória, e União da Vitória	Todos os Municípios da 06ª RS
	Hospital São Vicente de Paula (Bituruna)	Bituruna	Bituruna	
	Hospital Municipal Santa Terezinha Cruz Machado	Cruz Machado	Cruz Machado	
	Hospital e Maternidade Dr. Paulo Fortes (São Mateus do Sul)	Antônio Olinto e São Mateus do Sul	Antônio Olinto e São Mateus do Sul	

7ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Instituto São Lucas – ISSAL (Pato Branco)			Todos os Municípios da 07ªRS
	CONIMS - Consórcio Intermunicipal de Saúde Pato Branco		Bom Sucesso Do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos, Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara D'Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina e Vitorino	
	Mãe Patobranquense (Pato Branco)		Pato Branco	Pato Branco
	Clínica da Mulher de Palmas		Palmas	
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Instituto São Lucas – ISSAL (Pato Branco)	Bom Sucesso do Sul, Clevelândia, Itapejara D'Oeste, Mariópolis, Pato Branco e Vitorino	Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara D'Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina e Vitorino	Todos os Municípios da 07ªRS
	Hospital Santa Pelizzari (Palmas)	Palmas e Coronel Domingos Soares	Palmas e Coronel Domingos Soares	
	Instituto São Rafael (Chopinzinho)	Chopinzinho, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina		
	Instituto Nossa Vida Coronel Vivida	Coronel Vivida, Honório Serpa		
	Associação Saúde de Mangueirinha	Mangueirinha		

8ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Regional do Sudoeste Francisco Beltrão			Todos os municípios da 08ªRS
	Centro Mãe Paranaense - Consórcio ARSS Francisco Beltrão		Todos os municípios da 08ªRS	
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Regional do Sudoeste Francisco Beltrão		Todos os municípios da 08ªRS	Todos os municípios da 08ªRS
	Instituto de Saúde de Ampére ISA	Ampére, Pinhal de São Bento e Realeza		
	Fundação Hospitalar da Fronteira Pranchita	Bela Vista do Caroba, Pérola d'Oeste Pranchita		
	Hospital Pró-Vida Dois Vizinhos	Boa Esperança do Iguaçu, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos e Nova Prata do Iguaçu		
	Hospital Sudoeste de Capanema	Capanema		
	Hospital São Francisco Francisco Beltrão	Enéas Marques, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, São Jorge d'Oeste e Verê		
	Hospital Nossa Senhora de Lurdes Planalto	Planalto		
	Casa de Saúde Santa Izabel D'Oeste	Santa Izabel d'Oeste		
	Hospital e Maternidade Santa Izabel (Santo Antônio do Sudoeste)	Santo Antônio do Sudoeste		
	Instituto Sante Hospital de Dionísio Cerqueira Dionísio Cerqueira - SC	Barracão, Bom Jesus do Sul		
	Hospital Palma Sola Palma Sola - SC	Flor da Serra do Sul		

9ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Ministro Costa Cavalcanti Foz do Iguaçu		Todos os Municípios da 09ª RS	Todos os Municípios da 09ª RS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Ministro Costa Cavalcanti (Foz do Iguaçu)	Foz do Iguaçu Santa Terezinha do Itaipu	Foz do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu	Todos os Municípios da 09ª RS
	Hospital Nossa Senhora da Luz (Medianeira)	Medianeira, Serranópolis do Iguaçu	Medianeira, Serranópolis do Iguaçu	
	Hospital Nossa Senhora de Fátima (Missal)	Missal	Missal	
	Hospital Padre Tezza (Matelândia)	Matelândia, Ramilândia	Matelândia, Ramilândia	
	Complexo Hospitalar Municipal (São Miguel do Iguaçu)	São Miguel do Iguaçu	São Miguel do Iguaçu	
	Hospital e Maternidade Itaipulândia	Itaipulândia	Itaipulândia	

10ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Ambulatório de Gestação de Alto Risco do HUOP (Cascavel)			Todos os Municípios da 10ª RS
	Ambulatório Materno Infantil do CISOP (Cascavel)		Todos os Municípios da 10ª RS exceto Cascavel	Todos os Municípios da 10ª RS exceto Cascavel
	Centro Especializado em Doenças Infecto Parasitárias – CEDIP (Cascavel)			Todos os Municípios da 10ª RS (gestante portadora de HIV)
	Ambulatório da Criança de Risco do HUOP (Criança) (Cascavel)			Todos os Municípios da 10ª RS Criança nascida no HUOP e com menos de 1.500 gr
	Centro Esp. Atenção Saúde Neonato, Criança e Adolescente – CEACRI (Cascavel)		Cascavel	Cascavel
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital de Ensino São Lucas (Cascavel)	Anahy, Braganey, Cafelândia, Cascavel (Bairros: Morumbi, Interlagos, Floresta, Brasmadeira, Periolo, Cataratas, Pacaembu, São Cristóvão, Parque Verde e Coqueiral), Corbélia, Formosa do Oeste, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas e Nova Aurora	Anahy, Braganey, Cafelândia, Cascavel (Bairros: Morumbi, Interlagos, Floresta, Brasmadeira, Periolo, Cataratas, Pacaembu, São Cristóvão, Parque Verde e Coqueiral), Corbélia, Formosa do Oeste, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas e Nova Aurora	

	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
10ª RS	Hospital de Ensino São Lucas (Cascavel)	Anahy, Braganey, Cafelândia, Cascavel (Bairros: Morumbi, Interlagos, Floresta, Brasmadeira, Periolo, Cataratas, Pacaembu, São Cristóvão, Parque Verde e Coqueiral), Corbélia, Formosa do Oeste, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas e Nova Aurora	Anahy, Braganey, Cafelândia, Cascavel (Bairros: Morumbi, Interlagos, Floresta, Brasmadeira, Periolo, Cataratas, Pacaembu, São Cristóvão, Parque Verde e Coqueiral), Corbélia, Formosa do Oeste, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas e Nova Aurora	
	Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP	Boa Vista da Aparecida, Campo Bonito, Cascavel (demais bairros), Capitão Leônidas Marques, Catanduvas, Céu Azul, Diamante do Sul, Guaraniaçu, Ibema, Lindoeste, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste e Vera Cruz do Oeste	Boa Vista da Aparecida, Campo Bonito, Cascavel (demais bairros), Capitão Leônidas Marques, Catanduvas, Céu Azul, Diamante do Sul, Guaraniaçu, Ibema, Lindoeste, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste	Todos os Municípios da 10ª RS
	Hospital Municipal Dr Auri Antonio Sanson Quedas do Iguaçu	Espigão Alto do Iguaçu e Quedas do Iguaçu	Espigão Alto do Iguaçu e Quedas do Iguaçu	
	Hospital Municipal Três Barras	Três Barras do Paraná		

	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
11ª RS	Cis-Comcam (Campo Mourão)		Todos os Municípios da 11ªRS exceto Ubitatã	Todos os Municípios da 11ªRS
	Ambulatório de Ubitatã		Ubitatã	
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão	Campo Mourão, Luiziana	Campo Mourão, Luiziana, Iretama e Roncador	Todos os Municípios da 11ªRS
	Santa Casa de Misericórdia de Goioerê	Boa Esperança, Farol, Goioerê, Janiópolis, Moreira Sales, Quarto Centenário e Rancho Alegre D'Oeste	Boa Esperança, Corumbataí do Sul, Farol, Goioerê, Janiópolis, Moreira Sales, Quarto Centenário e Rancho Alegre D'Oeste	
	Hospital Municipal São Judas Tadeu de Terra Boa	Terra Boa, Peabirú	Araruna, Barbosa Ferraz, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Fênix, Peabiru, Quinta do Sol e Terra Boa	

11ª RS	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Santa Casa de Misericórdia de Ubatã	Altamira do Paraná, Juranda, Mamborê e Ubatã	Altamira do Paraná, Campina da Lagoa, Juranda, Mamborê, Nova Cantu e Ubatã	
	Santa Casa São Vicente de Paulo de Terra Boa	Terra Boa		
	Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças (Campina da Lagoa)	Altamira do Paraná e Campina da Lagoa		
	Hospital Municipal Arnaldo Coneglian de Barbosa Ferraz	Barbosa Ferraz e Corumbataí do Sul		
	Santa Casa de Engenheiro Beltrão	Engenheiro Beltrão, Fênix e Quinta do Sol		
	Hospital Municipal de Roncador	Iretama, Nova Cantu e Roncador		

12ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Centro Mãe Paranaense (Umuarama)		Todos os Municípios da 12ªRS	Todos os Municípios da 12ªRS
	Centro de Referência Materno Infantil Umuarama		Umuarama	
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná – NOROSPAR Umuarama	Alto Paraíso, Alto Piquiri, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Douradina, Francisco Alves, Icaraíma, Ivaté, Maria Helena, Mariluz, Nova Olímpia, Perobal, Pérola, Tapira, Umuarama, Xambrê.	Todos os Municípios da 12ªRS	Todos os Municípios da 12ªRS
	Hospital Municipal de Cruzeiro do Oeste	Cruzeiro do Oeste		
	Hospital Municipal de Altônia	Altônia		
	Hospital Municipal de Iporã - Cyro Silveira	Iporã		
	Hospital Municipal Agnaldo Golveia	Esperança Nova e São Jorge do Patrocínio		

13ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CISCENOP/COMSUS (Cianorte)		Todos os Municípios da 13ªRS	Todos os Municípios da 13ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital São Paulo (Cianorte)	Todos os Municípios da 13ªRS	Todos os Municípios da 13ªRS	Todos os Municípios da 13ªRS

14ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Centro Regional de Especialidade Paranavaí - CRE/CIS Amunpar		Todos os Municípios da 14ªRS	Todos os Municípios da 14ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Santa Casa de Paranavaí	Paranavaí	Todos os Municípios da 14ªRS	Todos os Municípios da 14ªRS
	Hospital Calegari Bovis (Marilena)	Marilena		
	Hospital N Sra Navegantes (Porto Rico)	Porto Rico		
	Hospital Setembrino Zago	Querencia Norte		
	Hospital Santa Rita de Cassia (Nova Londrina)	Nova Londrina		
	Hospital Cristo Redentor	Terra Rica		
	Hospital Santa Terezinha (Santa Isabel)	Santa Monica Santa Isabel		
	Casa de Saúde e Maternidade Santa Catarina (Loanda)	São Pedro e Santa Cruz		

15ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CISAMUSEP (Maringá)		Todos os Municípios da 15ªRS exceto Maringá	
	Hospital Universitário de Maringá (HU/HUM/HURM) (Maringá)			Maringá (20%), Paçandu Doutor Camargo, Floresta Ivatuba, Itambé.
	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora (Santa Casa de Maringá)			Maringá (80%), Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Florai, Flórida, Iguaçu, Itaguajé, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva Munhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paranacity, Presidente Castelo, Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi, Uniflor.
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Universitário Regional de Maringá (HU)	Maringá (20%), Paçandu Doutor Camargo Floresta, Ivatuba, Itambé	Maringá (20%), Paçandu Doutor Camargo Floresta, Ivatuba Itambé	Maringá (20%), Paçandu Doutor Camargo Floresta, Ivatuba Itambé

	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
15ª RS	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora (Santa Casa de Maringá)	Maringá (80%) Mandaguaçu São Jorge do Ivaí	Maringá (80%) Mandaguaçu São Jorge do Ivaí	Maringá (80%), Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Floraí, Flórida, Iguaraçu, Itaguajé, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva Munhoz de Mello Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi e Uniflor
	Cristo Rei de Astorga	Astorga, Ângulo Santa Fé, Flórida, Iguaraçu, Munhoz de Mello	Astorga, Ângulo Santa Fé, Flórida, Iguaraçu, Munhoz de Mello	
	Hospital Santa Clara (Colorado)	Colorado, Lobato Itaguajé, Nossa Senhora das Graças, Santa Inês Santo Inácio e Paranacity	Colorado, Lobato Itaguajé, Nossa senhora das Graças, Santa Inês Santo Inácio e Paranacity	
	Hospital Metropolitano de Sarandi	Sarandi, Mandaguari, Marialva, Atalaia, Floraí, Ourizona, Presidente Castelo Branco e Uniflor	Sarandi, Mandaguari, Marialva, Atalaia, Floraí, Ourizona, Presidente Castelo Branco e Uniflor	
	Hospital Municipal Sagrado Coração de Jesus	Nova Esperança	Nova Esperança	
	Hospital sociedade Beneficente Cristo Rei Mandaguari	Mandaguari	Mandaguari	

	REFERÊNCIA AMBULATORIAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
16ª RS	CISVIR: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (Apucarana)	Todos os Municípios da 16ª RS exceto Apucarana e Arapongas	Todos os Municípios da 16ª RS exceto Apucarana e Arapongas
	Escola da Gestante Apucarana	Apucarana	Apucarana
	CISAM: Centro Integrado de Saúde da Mulher (Arapongas)	Arapongas	Arapongas

	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
16ª RS	Hospital da Providência Materno Infantil (Apucarana)	Apucarana, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom	Apucarana, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Faxinal, Grandes Rios Jandaia do Sul, Kaloré, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom, São Pedro do Ivaí	Todos os municípios da 16ªRS
	Hospital Santa casa de Arapongas	Arapongas, Sabáudia	Arapongas, Sabáudia	
	Hospital Municipal Victor de Souza Pinto (Grandes Rios)	Grandes Rios		
	Hospital Municipal São Lucas (Kaloré)	Kaloré		
	Santa Casa de Misericórdia Maria Santíssima (São Pedro do Ivaí)	São Pedro do Ivaí		
	Hospital Nossa Senhora de Fátima (Jandaia do Sul)	Jandaia do Sul		
	Hospital Municipal Dr. Kuriqi Caname (Bom Sucesso)	Bom Sucesso		
	Hospital Municipal de Faxinal	Faxinal		

	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
17ª RS	Hospital Universitário do Norte do Paraná (Londrina)			Todos os municípios da 17ªRS
	Ambulatório Alto da Colina ligado ao Hospital Evangélico (Londrina)			Todos os municípios da 17ªRS
	Ambulatório do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (Londrina)		Todos os municípios da 17ªRS	Todos os municípios da 17ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Evangélico de Londrina			Todos os Municípios da 17ªRS
	Hospital Universitário do Norte do Paraná (Londrina)			Todos os Municípios da 17ªRS
	Maternidade Municipal Lucilla Ballalai de Londrina	Londrina, Tamarana	Londrina, Tamarana	
	Hospital São Rafael de Rolândia	Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Jaguapitã, Lupionópolis, Pitangueiras e Porecatu	Rolândia, Cafeara, Centenário do Sul, Guaraci, Jaguapitã, Lupionópolis, Pitangueiras e Porecatu	

17ª RS	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Cristo Rei de Ibiporã	Alvorada do Sul, Ibiporã, Jataizinho, Primeiro de Maio, Sertanópolis e Rolândia	Alvorada do Sul, Assaí, Ibiporã, Jataizinho, Primeiro de Maio e Sertanópolis	
	Santa Casa de Cambé	Bela Vista Do Paraíso, Cambé, Florestópolis, Prado Ferreira e Miraselva	Bela Vista Do Paraíso, Cambé, Florestópolis, Prado Ferreira e Miraselva	
	Hospital Pro-Vida (H. Municipal de Assaí)	Assaí		

18ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Centro Mãe Paranaense. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP)		Todos os Municípios da 18ªRS	Todos os Municípios da 18ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio	Cornélio Procópio, Leopólis, Nova América da Colina, Nova Fátima, Rancho Alegre, Sapopema, São Sebastião da Amoreira	Cornélio Procópio, Congonhinhas, Leopólis, Nova América da Colina, Nova Fátima, Nova Santa Bárbara, Rancho Alegre, Santa Mariana, Santa Cecília do Pavão, Santo Antônio do Paraíso, São Sebastião da Amoreira, São Jerônimo da Serra, Sapopema, Sertaneja e Uraí	Todos os municípios da 18ªRS e indígenas
	Santa Casa de Bandeirantes	Bandeirantes Itambaracá	Bandeirantes, Itambaracá, Andirá, Santa Amélia e Ribeirão do Pinhal	
	Sociedade Hospitalar Beneficente de Andirá	Andirá, Barra do Jacaré (19ªRS)		
	Hospital e Maternidade de Ribeirão do Pinhal	Abatiá, Ribeirão do Pinhal, Santa Amélia e Santo Antônio do Paraíso		
	Centro Integrado em Saúde de Santa Mariana	Congonhinhas, Nova Santa Bárbara, Santa Cecília do Pavão, Santa Mariana, São Jerônimo da Serra e Uraí.		

19ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CISNORPI (Jacarezinho)		Todos os Municípios da 19ªRS	Todos os Municípios da 19ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Hospital Regional Norte Pioneiro (Santo Antônio da Platina)	Barra do Jacaré, Cambará, Carlópolis, Conselheiro Mairinck, Guapirama, Ibaiti, Jaboti, Japira, Joaquim Távora, Jundiá do Sul, Pinhalão, Quatiguá, Ribeirão Claro, Salto do Itararé, Santana do Itararé, Santo Antônio da Platina, São José da Boa Vista, Siqueira Campos, Tomazina e Wenceslau Braz	Todos os Municípios da 19ªRS	Todos os Municípios da 19ªRS
	Santa Casa de Jacarezinho	Jacarezinho		
	Hospital Municipal de Figueira	Figueira		
	Hospital e Maternidade Santa Rita de Cássia (Pinhalão)	Pinhalão		
	Hospital Jaime Canet (Jaboti)	Jaboti		

20ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	HOESP - Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (Toledo)			Todos os municípios da 20ªRS
	CISCOPAR (Toledo)		Todos os municípios da 20ªRS	Todos os municípios da 20ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	HOESP - Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (Toledo)	Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde, Pato Bragado, Quatro Pontes, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi	Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde, Pato Bragado, Quatro Pontes, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi	Todos os municípios da 20ªRS

20ª RS	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Prefeito Quinto Abrão Delazeri de Palotina	Palotina	Palotina	
	Beneficente Moacir Micheletto de Assis Chateaubriand	Assis Chateaubriand	Assis Chateaubriand	
	Hospital Beneficente Assisteguaíra de Guaíra	Guaíra	Guaíra	
	Fundação Atitude de Santa Helena	Santa Helena	Santa Helena	
	Hospital Municipal Dr. Cruzatti de Marechal Cândido Rondon	Marechal Cândido Rondon	Marechal Cândido Rondon	

21ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	CIMSAUDE (Telêmaco Borba)		Todos os municípios da 21ªRS	Todos os municípios da 21ªRS
	Ambulatório de Telêmaco Borba		Telêmaco Borba	Telêmaco Borba
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Instituto Dr. Feitosa (Telêmaco Borba)	Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva Telêmaco Borba Tibagi e Ventania	Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva Telêmaco Borba Tibagi e Ventania	
	Hospital do Rocio (Campo Largo)			Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva Telêmaco Borba Tibagi e Ventania

22ª RS	REFERÊNCIA AMBULATORIAL		RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS (Ivaiporã)		Todos os municípios da 22ªRS	Todos os municípios da 22ªRS
	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
	Instituto de Saúde Bom Jesus (Ivaiporã)	Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cruzmaltina, Ivaiporã		Todos os municípios da 22ªRS
	Instituto De Saúde Lucena Sanchez (Ivaiporã)	Lidianópolis	Lidianópolis	
	Hospital Municipal São Francisco De Assis (Cândido de Abreu)	Cândido De Abreu		
	Hospital Municipal Dr. José Ortega Vasquez Jardim Alegre	Jardim Alegre		

	REFERÊNCIA HOSPITALAR	RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
22ª RS	Hospital São João do Ivaí II (Lunardelli)	Godoy Moreira e Lunardelli		
	Hospital Municipal Santo Antônio	Manoel Ribas		
	Hospital Municipal Dr. Antônio Pietrobon Nova Tebas	Mato Rico e Nova Tebas		
	Hospital Municipal de São João do Ivaí	São João do Ivaí	São João do Ivaí	
	Santa Casa De Misericórdia Nossa Sra do Rosário	Rio Branco do Ivaí e Rosário do Ivaí		
	Hospital São Vicente de Paulo (21ªRS) Pitanga	Santa Maria do Oeste		

6. NEAR MISS MATERNO: NOTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Há uma mudança de paradigma na abordagem da saúde materna do foco da prevenção de mortes para a promoção da saúde e bem-estar das mulheres. Um dos pontos críticos dessa nova abordagem inclui analisar a morbidade materna e a crescente carga de doenças crônicas não transmissíveis entre mulheres grávidas.

A OMS definiu morbidade materna como 'qualquer condição de saúde atribuída e/ou agravada pela gravidez e parto que tenha um impacto negativo no bem-estar da mulher'.

A ampliação do conceito reconhece o impacto que a morbidade materna apresenta em diferentes dimensões, para além da saúde física abrangendo a totalidade do conceito de bem-estar (FILIPPI et al., 2018).

Entre uma gravidez saudável e o óbito materno há uma série de condições e eventos graves que podem ser identificados. Para cada mulher que morre, outras 30 desenvolvem complicações obstétricas pelas mesmas causas. Esses casos de morbidades graves são denominados near miss materno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define near miss como "a mulher que quase morreu, mas sobreviveu às complicações graves durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, p. 13).

No Paraná, os casos de near miss materno são identificados por quadros graves ou gravíssimos de morbidades relacionadas à gestação, parto ou puerpério e/ou que ocorrem durante a gestação, parto, puerpério e após o puerpério, inclusive aqueles que possuem o óbito como desfecho.

Considerando a potencialidade do monitoramento desses casos, em 12 de setembro de 2017, de maneira pioneira, foi iniciado o monitoramento dos casos de near miss materno no Paraná, em um evento organizado pela SESA-PR e com a presença de hospitais de referência do estado.

O primeiro formulário de notificação foi elaborado por especialistas da SESA-PR, com base no Manual Avaliação da Qualidade do Cuidado nas Complicações Graves da Gestação: A Abordagem do Near Miss da OMS para a Saúde Materna (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). O formulário foi incluído na plataforma FormSUS, um serviço do DATASUS para a criação de formulários na web que não está em funcionamento atualmente.

Após os primeiros sete meses de utilização, em abril de 2018, o formulário foi aperfeiçoado com informações sugeridas pelos notificadores e gestores. Foram incluídas informações relacionadas aos fatores assis-

tenciais de manejo, ao transporte, aos desfechos neonatais, à fragilidades da linha de cuidado materno-infantil e da assistência, às condições do parto, à estratificação de risco pré-natal, às causas das complicações e as medidas tomadas para evitar novos casos.

Estrategicamente, esse monitoramento foi incorporado às ações relacionadas às diretrizes do Programa de Segurança do Paciente e à expertise dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Uma das funções do NSP é a identificação, análise e investigação de eventos adversos relacionados à assistência (BRASIL, 2013b).

Considerando o near miss materno como um evento de interesse para Segurança do Paciente, o NSP é considerado o ente articulador chave das informações e investigação dos casos, a fim de apoiar a criação de barreiras de segurança para que casos semelhantes sejam evitados ou, quando inevitáveis, sejam assistidos com a maior eficiência possível (BRASIL, 2013c).

As Diretrizes Estaduais de Segurança de Segurança do Paciente no estado do Paraná, publicadas na Resolução 932/2018, “correspondem a linhas de ação com a finalidade de definir, implementar e avaliar medidas estratégicas voltadas à qualificação do cuidado em saúde e à Segurança do Paciente no Paraná entre os anos de 2019 e 2023” (PARANÁ, 2018, p.4). A Meta 27 das diretrizes propôs a implantação da notificação do near miss materno em 75% das maternidades do Estado até 2023.

Em 2020, o formulário de notificação foi aperfeiçoado e validado por especialistas, notificadores e gestores regionais e foram inseridos no Research Eletronic Data Capture (REDCap) da SESA-PR. Em janeiro de 2021, as notificações passaram a ser realizadas no REDCap e em março de 2022 passaram a ser acessadas pelas Regionais de Saúde.

O REDCap é uma plataforma segura da web para criar e gerenciar pesquisas e bancos de dados online. Cada formulário é acessível apenas para usuários que possuem privilégios de acesso suficientes definidos pela SESA-PR. Os formulários contêm código de validação específico do campo, suficiente para garantir uma forte integridade dos dados (HARRIS et al., 2009).

O monitoramento do near miss materno está estabelecido como fonte de informações para identificação de fragilidades na rede e consequente geração de ações para redução da mortalidade materna. As informações produzidas servem de apoio para a promoção das ações políticas, mobilização e qualificação dos profissionais.

A investigação dos casos de near miss materno utiliza o “Modelo das Três Demoras”, desenvolvido por Thaddeus e Maine (1994). A Demora 1 é considerada o atraso/demora para que a gestante ou sua família busquem atendimento de saúde. Essa demora se refere, por exemplo, à falta de adesão aos tratamentos ou às consultas de pré-natal. A Demora 2 refere-se à dificuldade de acesso aos serviços de saúde mais adequados para a necessidade da gestante, parturiente ou puérpera. Um exemplo de Demora 2 é a falta de um profissional para realização do pré-natal ou a falta de vagas em terapia intensiva.

A Demora 3 refere-se à qualidade na assistência à saúde. Um exemplo de Demora 3 é a falha na utilização de protocolos para tratamento de infecção urinária ou a ocorrência de uma infecção relacionada à assistência à saúde.

A experiência acumulada desde 2017 configurou a notificação do Near Miss Materno como potente ferramenta de qualificação da Linha de Cuidado Materno Infantil, com desencadeamento de ações em todos os níveis de atenção do Estado. Hoje acumulamos mais de 4000 notificações em todo o Estado, realizadas por serviços hospitalares parceiros sensibilizados para a importância dessas informações.

O quadro abaixo destaca os objetivos do monitoramento do Near Miss Materno no Estado do Paraná.

OBJETIVOS DO MONITORAMENTO
- Realizar a investigação do caso no NSP, na maternidade, e em outros setores hospitalares para identificar quais as intervenções necessárias para qualificação da assistência e melhoria dos fluxos e orientações;
- Identificar as Três Demoras e atuar no aprimoramento da gestão regional e municipal da Linha de Cuidado, a fim de garantir o acesso, qualificar o atendimento na APS, AAE e AH e impedir novos desfechos graves evitáveis;
- Monitorar e avaliar os casos de near miss materno a nível regional e estadual para articular ações de prevenção e qualificação da Linha de Cuidado.

6.1 IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE NEAR MISS MATERNO

Os casos de near miss materno possuem características que podem ser identificadas por meio de condições clínicas, de manejo, laboratoriais, de saúde mental e causas externas. A ocorrência de um critério isolado ou associado pode indicar um caso de near miss materno.

O quadro abaixo identifica as características mais comuns de casos que exigem notificação:

Critérios clínicos	Critérios de manejo	Critérios laboratoriais	Causas externas	Saúde Mental
- Cianose aguda - Acidente vascular cerebral - Taquipneia - Bradipneia - Dispneia - Hipertensão - FC > 120 ou < 40 - Choque - Oligúria não responsiva a fluidos e/ou diuréticos - Distúrbios de coagulação - Paralisia total - Perda de consciência - Icterícia - Parada cardiorrespiratória - Seps	- Anestesia Geral - Diálise por falência renal aguda - Histerectomia por infecção ou hemorragia - Intubação e ventilação - Laparotomia pós-parto - Ressuscitação cardiopulmonar - Sulfatação - Transferência emergencial para serviço de maior complexidade - Transferência para Unidade de Terapia Intensiva - Transfusão de hemocomponentes - Uso contínuo de drogas vasoativas - Outras cirurgias	- Bilirrubina > 100µmol/l ou 6,0 mg/dl - Creatinina ≥ 300µmol/l ou ≥ 3,5mg/dl - PaO₂/FiO₂ < 200 mmHg - Perda de consciência e presença de gluconato ou cetoácidos na urina - pH < 7,1 - Saturação de O₂ < 90% por ≥ 60 minutos - Trombocitopenia (< 50.000 plaquetas)	- Politrauma - Lesões por arma de fogo com risco de morte - Lesões por armas brancas com risco de morte	- Tentativa de suicídio - Surto psicótico - Overdose de drogas - Intoxicação exógena
Diagnósticos mais frequentes relacionados ao near miss materno				
Eclampsia Pré-eclâmpsia grave Síndrome HELLP Rotura uterina Síndrome Respiratória Aguda Grave		Acidente Vascular Cerebral Inversão uterina Gestação ectópica rota Choque hipovolêmico por atonia uterina Seps		

6.2 AÇÕES DOS SERVIÇOS NOTIFICADORES

As notificações de casos de near miss materno estão diretamente ligadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e/ou ao Núcleo de Epidemiologia Hospitalar.

Os serviços identificam as fragilidades da atenção materna a partir do atendimento de casos de near miss materno. A identificação de demoras pelos profissionais do serviço hospitalar, pela Regional

de Saúde (RS) e pelos municípios é informação útil para prevenir novos casos evitáveis e gerar informações que podem ser compartilhadas por todos os níveis de atenção. Os serviços notificadores deverão se cadastrar por meio do link: <https://redcap.saude.pr.gov.br/surveys/?s=D99NFAAJ77> .

6.2.1 RESPONSABILIDADES DOS SERVIÇOS NOTIFICADORES

- Identificar os casos e realizar a notificação.
- Notificar os casos de near miss materno no formulário REDCap em tempo oportuno, preferencialmente durante a internação ou em até 24 horas após a alta, embora casos tardios possam e devam ser notificados.
- Discutir os casos com o NSP ou um Grupo Técnico de investigação de near miss materno, criado para analisar os casos identificados dentro da instituição, buscando informações complementares no prontuário e com profissionais da assistência. A discussão dos casos deve contar idealmente com os setores envolvidos na assistência e na gestão do cuidado como Serviço de Controle de Infecções relacionadas à assistência, equipes de assistência obstétrica, alojamento conjunto e terapia intensiva.
- Identificar fragilidades e propor estratégias para qualificação da assistência e barreiras de segurança.
- Construir e/ou revisar protocolos para melhoria das práticas assistenciais.
- Capacitar a equipe para uso dos protocolos novos ou revisados.
- Realizar discussão dos casos com a equipe assistencial e realizar encaminhamentos para qualificação da assistência.
- Realizar a interface com a APS, para alta segura e monitoramento da paciente. Se necessário solicitar apoio da Regional de Saúde.
- Realizar a interlocução com a Regional de Saúde para retorno sobre os encaminhamentos dos casos e ajustes da Linha de Cuidado Materno Infantil – referências, transferências, comunicação entre os níveis de atenção, instituição ou atualização de protocolos. Os casos deverão ser notificados no link: <https://redcap.saude.pr.gov.br/surveys/?s=4JXE7RL3CF> .

6.3 ATRIBUIÇÕES DAS REGIONAIS DE SAÚDE

- Identificar a notificação e verificar as fragilidades apontadas na Linha de Cuidado.
- Encaminhar o caso para coordenador da APS ou referência municipal, para que haja a investigação e a discussão do caso.
- Articular ações a partir das informações agregadas com o município de origem do caso notificado. Um servidor será estabelecido como referência para captação dos casos e otimizador das ações, de acordo com a identificação das necessidades.
- Analisar o caso para identificação de situações que precisam ser discutidas ou investigadas em grupos de trabalho estabelecidos na Regional de Saúde para identificar as Demoras.
- Definir os determinantes e as fragilidades que contribuíram para o desfecho grave - near miss materno e/ou óbito materno/infantil/fetal para definir a esfera de atenção e realizar encaminhamentos. Em casos de óbito materno, fetal ou infantil, os dados devem ser encaminhados para o serviço de epidemiologia para apoiar as investigações dos mesmos.
- Realizar o monitoramento dos encaminhamentos pelos gestores municipais, coordenações de atenção primária municipais, pelos serviços hospitalares e outros setores e órgãos envolvidos.
- Apresentar mensalmente os dados regionais consolidados de near miss materno, nas reuniões dos grupos de trabalho da Linha de Cuidado Materno Infantil, para discussão de ações específicas.
- Quando necessário, os dados consolidados de near miss materno e as Demoras levantadas podem ser apresentados nas reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR) para implementação de ações e pactuações (deliberações).
- Realizar intervenções articuladas na Linha de Cuidado e com os demais parceiros externos como Controle Social, Conselho Tutelar, Promotorias Públicas entre outros.

As ações das Regionais de Saúde serão relatadas em formulário online pelo servidor de referência na Regional de Saúde no link: <https://redcap.saude.pr.gov.br/surveys/?s=JYTMNYCYLN>.

6.4 ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Definir um responsável para receber a notificação de near miss materno, preferencialmente da APS/Saúde da Mulher.
- Discutir os casos elencados com as equipes de vinculação das gestantes, que apontam fragilidades na APS, identificando os fatores que contribuíram para os desfechos graves e realizando ações para qualificar a atenção.

6.4.1 ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MUNICIPAL

- Receber as notificações com as fragilidades da APS e participar do planejamento de ações e sua implementação nos grupos de trabalho regionais e municipais. A APS deve identificar os fatores de risco que podem evoluir para near miss materno e óbitos materno/infantil e fetal.

A investigação e discussão dos casos devem ser realizadas no território, para identificação de fatores que podem ter contribuído para o desfecho grave, a fim de definir ações de qualificação. Quando possível, visitar pessoalmente a UBS com a Vigilância em Saúde para avaliação conjunta e levantamento das fragilidades. Podem ser pactuadas ações locais com a equipe da área de abrangência do caso.

6.4.2 ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Identificar as fragilidades que necessitam intervenções relacionadas à gestão e capacitação. Os problemas de gestão relacionados à área da UBS devem ser discutidos com a Vigilância em Saúde e o gestor municipal.
- Efetivar ações imediatas, quando pertinentes, e participar da discussão de casos no grupo de trabalho da Regional de Saúde e/ou municipal e garantir que as pacientes tenham um plano de cuidado para monitoramento e atenção após a alta hospitalar.
- Articular em conjunto com a Vigilância em Saúde e o gestor e representantes de outros setores e serviços (hospitais, Ministério Público, conselho tutelar, CRAS, Secretaria de segurança, rede conveniada, prestadores de serviços) parcerias e ações conjuntas.
- Relatar as devolutivas com as ações finalizadas de cada equipe com notificação de near miss para a Regional de Saúde.
- Monitorar desenvolvimento de ações nas UBS e treinamentos das equipes.
- Monitorar e avaliar os indicadores de pré-natal (número de consultas, início de pré-natal, avaliação odontológica) e indicadores de near miss materno e mortalidade materna, infantil e fetal.
- Relatar as ações desenvolvidas nas discussões regionais.

6.4.3 ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE/ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- Realizar reunião da equipe em conjunto com a coordenação da APS, apresentando registros dos cadastros, visitas domiciliares e prontuário de acompanhamento do pré-natal do caso notificado de near miss materno.
- Discutir em conjunto os casos de near miss materno, verificando as fragilidades com as informações de acompanhamento de visitas, cadastro familiar, prontuário e outras informações pertinentes para identificar as falhas na assistência durante ciclo gravídico puerperal com plano de ação para melhora.
- Pactuar com a coordenação, ações locais prioritárias imediatas e de gestão para encaminhamento ao Coordenador da APS.
- Descrever planos de cuidados imediatos e cronograma das ações e os identificar com nomes os pro-

fissionais de cada ação a serem desenvolvidas pela equipe.

- Elaborar, avaliar e atualizar plano de cuidados individualizado, baseado nas necessidades da gestante/puérpera, na UBS.
- Enviar devolutivas das ações encerradas, em andamento e planejadas com o nome dos profissionais responsáveis pelas ações para Coordenador da APS e Regional de Saúde .
- Notificar casos de near miss materno identificados na APS quando for instituído o formulário específico pela SESA-PR.

7. PRIMEIRA CONSULTA E FERRAMENTAS DE APOIO

7.1 CARTEIRA DA GESTANTE

A Carteira da Gestante é o principal documento utilizado na assistência pré-natal, o registro de informações clínicas e laboratoriais que auxiliam na avaliação do desenvolvimento global da gestação, independente da estratificação de risco da gestante, reunindo todas as ferramentas assistenciais necessárias para garantir qualidade na atenção à saúde.

Nela são realizados todos os registros de informações relevantes para a assistência pré-natal. A informação clínica coletada e registrada é uma prioridade para o aprimoramento da qualidade assistencial e continuidade do cuidado. O objetivo deste conjunto de ferramentas é servir como histórico gestacional e minimizar as falhas de assistência causadas pela falta de informações coletadas durante o pré-natal que são de interesse a todos os pontos de assistência.

O preenchimento correto da caderneta pré-natal direciona avaliações clínicas (hipóteses diagnósticas e tratamentos) pela equipe de saúde, identificando fatores de risco ou mesmo doenças em atividade, muitas vezes oligo ou assintomáticas, com potencial de repercussão negativa para o binômio materno-fetal.

7.2 PROPEDÊUTICA CLÍNICA OBSTÉTRICA - RECOMENDAÇÕES OPERACIONAIS

Diagnóstico de gestação

O início do pré-natal das gestantes deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência. Existem três formas de diagnóstico da gestação na UBS:

Tempo de Atraso Menstrual	Indicação de Exames
com menos de 12 semanas de atraso menstrual	teste rápido de gravidez ou HCG plasmático;
com mais de 12 semanas de atraso menstrual	detecção de BCF, podendo dispensar o teste de gravidez, e/ou percepção visual ou tátil da movimentação fetal
acima de 5 semanas	ultrassonografia (US) obstétrica

Acolhimento e Organização das Consultas de Pré-Natal

A assistência ao pré-natal é prerrogativa da APS, que através do trabalho em equipe, utiliza algumas ferramentas de apoio podem auxiliar nas atividades da linha de frente por acrescentarem qualidade e agilidade ao atendimento, independente da categoria profissional. São informações e dispositivos técnicos que permitem melhor compreensão da anatomia fisiologia e das doenças que envolvem o binômio materno fetal. Devem ser, portanto, de conhecimento de todo profissional da APS, deixando de ser expertise exclusiva do médico ou enfermeiro especializados em obstetrícia, para se transformarem em conhecimento necessário a todo profissional atuante na rede.

No desenvolvimento de competências para a assistência, além do conhecimento e habilidades

técnicas, há a necessidade de atitudes corretas durante a assistência, visando o atendimento humanizado à gestante e seus familiares.

O objetivo deste capítulo da Linha Guia não é apenas técnico, mas também de implantação do modelo humanizado de assistência, que deve ocorrer em todos os níveis de atenção.

Em um primeiro contato, a gestante será acolhida pela equipe de pré-natal, onde será cadastrada e submetida à consulta clínica com solicitação de exames de rotina e entrega da caderneta de pré-natal por enfermeiros e médicos generalistas, não necessariamente num mesmo momento de atendimento. A avaliação clínica, independente do profissional envolvido, contemplará diversos tempos semiológicos propedêuticos, relacionados a seguir.

Anamnese Completa de Primeira Consulta – Sistematização Recomendada

A habilidade de comunicação faz parte das competências fundamentais para o profissional de saúde desenvolver um atendimento. Mais que o quantitativo de consultas, a qualidade assistencial deve ser uma normativa para quem desenvolve a anamnese, independentemente de sua área de atuação. Conceitos básicos de anamnese devem sempre ser lembrados, reforçados e continuamente atualizados, sem jamais deixar de valorizar atitudes como a empatia, o respeito e a confidencialidade, essenciais para o correto atendimento pelo profissional de saúde.

O roteiro universal de uma entrevista clínica em nada se diferencia de uma anamnese geral e deve conter: identificação da gestante, história da doença atual, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, antecedentes gineco-obstétricos, histórico de contracepção, condições e hábitos de vida e revisão de sistemas.

Todas estas informações devem ser coletadas sempre na primeira consulta, de forma sistemática e rotineira. Importante reforçar que, mais que coletar informações, o profissional de saúde já deve analisar e interpretar concomitantemente, ações fundamentais para tomadas de decisões que garantam ao máximo a segurança da gestante e do feto.

Além da coleta de informações, estas deverão estar devidamente registradas no prontuário clínico e na Carteira da Gestante legível e inteligível, de forma que qualquer profissional de saúde, em qualquer ponto de atendimento da Linha de Cuidado, possa ler e compreender as anotações clínicas. A correta anotação de informações nos documentos clínicos influenciam diretamente a qualidade de assistência em toda a Linha de Cuidado.

As informações incluídas em partes específicas da Carteira da Gestante são os substratos para a Estratificação de Risco, uma das estratégias para a identificação de fatores de risco, muitas vezes imperceptíveis do ponto de vista clínico, e que podem influenciar negativamente a evolução saudável da gestação atual.

Identificação

Além das informações cadastrais, este primeiro tópico deve conter informações como raça, estado civil, números de filhos, nível de escolaridade, ocupação profissional, renda familiar e quantidade de pessoas residentes no domicílio. Muitas destas informações já podem impactar na decisão da estratificação do risco.

Data de Nascimento

Idades extremas aumentam o risco para as mães e para os RNs. Gestantes com menos de 15 anos de idade tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente e manifestam menor adesão às consultas. Assim, precisam de atendimento diferenciado, que considere suas características socioemocionais. Sabe-se que a gestação na adolescência requer especial atenção, por estar associada à natimortalidade; ao maior risco de nascimento prematuro, com baixo peso ao nascer; à ocorrência de deficiências de micronutrientes; e à restrição do crescimento intra-uterino.

A adolescência pode ser um fator de risco para maus resultados obstétricos, devido à imaturidade biológica e a insuficientes cuidados pré-natais. Muitas gestações entre adolescentes não são planejadas, fatores que precipitam as gestações negligenciadas.

Outra faixa etária que requer atenção específica é a de gestantes com idade maior do que 40 anos, pois apresentam taxas significativamente aumentadas de algumas das morbidades mais graves e potencialmente fatais, incluindo insuficiência renal, choque, morbidade cardíaca aguda, complicações graves de intervenções obstétricas e admissão na UTI.

Raça/cor

A informação de identificação racial deve ser preenchida de acordo com a autoidentificação da usuária, é aplicado o método da autoclassificação ou autodeclaração, ou seja, a paciente é quem indica a sua “cor ou raça/etnia” entre as cinco categorias possíveis padronizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, preta, parda, indígena ou amarela.

Há situações em que se faz necessário utilizar a hetero classificação, isto é, outra pessoa, um membro da família, define a cor ou raça/etnia da paciente. Grupos étnicos específicos são mais propensos a desenvolver certas condições de saúde, fator relacionado com condições crônicas e status socioeconômico.

Condição de Migração

A migração para o Paraná tem crescido nos últimos anos. Algumas mulheres migrantes possuem dificuldades na comunicação, fragilidade social e barreiras culturais. Em decorrência de conflitos políticos, questões socioeconômicas e desastres ambientais, dentre outros motivos, o Brasil acolheu migrantes provenientes do Continente Africano, países da América do Sul, Síria, Paquistão, Bangladesh, e, especialmente do Haiti. Portanto, a identificação racial é considerada válida para mapear situações e embasar políticas de atenção específicas aos grupos raciais.

Queixa Principal

Uma pergunta aberta pode iniciar a anamnese abordando os motivos principais pelo qual a gestante procurou o serviço de saúde. Muitas vezes, a gestante pode não manifestar queixas de incômodos ou irritações, mas o desejo de iniciar o pré-natal. Isto não significa que não há sintomas, o que deve ser tecnicamente investigado pelo profissional de saúde, principalmente perguntando sobre queixas frequentes da gestação, mesmo que relacionadas a modificações fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal.

História Mórbita Atual

Neste tempo da entrevista, deve-se detalhar cada queixa relatada previamente quanto ao início, duração, intensidade, localização, fatores de melhora ou piora. Ações que reforçam o vínculo com a gestante incluem: trata-la pelo nome, assim como seu acompanhante de confiança, que deverá ter a sua presença permitida e suas dúvidas respondidas e discutidas, de forma compreensível, considerando que na maioria das vezes se tratam de pessoas leigas na área de saúde.

História Mórbita Pgressa

Os antecedentes pessoais são de extrema importância na anamnese obstétrica, devendo-se perguntar sobre quaisquer intercorrências clínicas passadas ou doenças prévias e atuais (condições crônicas) e tratamentos de longo prazo (doenças crônicas, como cardiocirculatórias, endocrinológicas, nefrológicas, neurológicas, pulmonares, neoplasias, de saúde mental, reumatológicas, hematológicas, autoimunes, infecto-contagiosas crônicas e aguda, entre outras), uso de medicamentos contínuos com posologia atual (anticonvulsivantes, anticoagulantes, anti-hipertensivos, diuréticos, corticosteróides, insulina e hipoglicemiantes orais, psicotrópicos como antidepressivos e ansiolíticos e/ou qualquer outra substância farmacológica lícita), cirurgias prévias (com nome da cirurgia ou local operado, data aproximada

de sua realização, complicações peri e pós operatórias). Estas informações podem ser colhidas com o auxílio da Carteira da Gestante nos locais referentes a antecedentes pessoais, familiares e uso de medicamentos.

História Mórbida Familiar

Muitas doenças que impactam no ciclo gravídico puerperal podem ter características de transmissão vertical, horizontal e/ou hereditária. Informações a respeito de antecedentes familiares de neoplasias, doenças infecciosas como tuberculose e HIV, tromboembolismo, malformações fetais devem sempre ser lembradas, pois podem impactar na estratificação de risco e condução do pré-natal, em nível de especialidade médica e equipe multiprofissional, havendo a necessidade de acompanhamento obstétrico e de outras especialidades em nível secundário e terciário, quando identificado o antecedente.

Antecedente Ginecológicos

Algumas informações devem ser colhidas com relação à história ginecológica com menarca, coitarca (idade da primeira relação sexual), comportamento do ciclo menstrual, sintomas pré menstruais, comportamento sexual de risco, data da última menstruação (primeiro dia), cirurgias ginecológicas prévias. Tais informações podem ter impacto na estratificação de risco.

Antecedentes Obstétricos

Colher uma ótima história obstétrica integra, um dos pontos mais críticos do atendimento de qualidade da gestação. Informações gestacionais atuais e pregressas devem ser realizadas de forma objetiva e pormenorizada, sendo importantes para a estratificação de risco gestacional e devem ser preenchidas na primeira consulta. Além do preenchimento do evento, é importante a informação de quando este evento ocorreu, o uso de imunoglobulina anti Rh (indicando Gestante Rh negativo e possibilidade de isoimunização) e se houve alguma complicação no pré natal, parto ou puerpério. A tabela da Carteira da Gestante de antecedentes obstétricos é uma ferramenta disponível que pode ajudar o profissional de saúde a dirigir suas perguntas e a realizar o registro manuscrito ou eletrônico também no prontuário clínico.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS							
Gestação	Data	Aborto (IG)	Parto (IG)	Cesárea (IG)	Gravidez ectópica	Imunoglobina Anti RhD	Complicações
1							
2							
3							
4							
5							
Outras							

*IG= Idade Gestacional

FONTE: Carteira da Gestante-Paraná (2020)

Ao perguntar-se sobre o número de gestações inclusive a atual: número de partos vaginais, partos cesarianas, abortos (inclusive gestações ectópicas).

G _____	P _____	CST _____
Ab (incluir gravidez ectópica) _____		
DUM _____	DPP _____	DPPeco _____

G = Gesta = Nº de gestações prévias mais a atual
P = Para = Nº de partos vaginais anteriores
CST = Cesarianas = Nº de cesarianas anteriores
Ab = Abortos = Nº de abortos anteriores, devendo-se incluir gestações ectópicas (as quais devem ser especificadas na linha respectiva)

Antecedentes Perinatais

Informações das condições perinatais tais como: idade gestacional da interrupção da gestação, se espontânea ou não, peso e idade gestacional ao nascer (por índices de Parkin, Capurro ou Dubowitz), via de parto e eventuais intercorrências do RN neste período (FIGURA X), são informações que devem ser colhidas na primeira consulta e também impactam na estratificação de risco.

ANTECEDENTES PERINATAIS							
Parto	Data de nascimento	Nativo	Natimorto	Peso	Apgar	IG/RN*	Intercorrência
1							
2							
3							
4							
5							
Outras							

*IG/RN= Idade Gestacional do Recém Nascido

FONTE: Carteira da Gestante-Paraná (2020)

Contracepção

Informações dos métodos contraceptivos e o uso regular ou irregular, por parte da gestante, até o momento da decisão de engravidar ou a interrupção do método, quando da descoberta de uma gestação não planejada, podem influenciar nos cálculos de dateamento e cálculo de idade gestacional. Portanto, conhecer os métodos utilizados e o tempo de uso de cada contraceptivo, faz parte integrante de uma anamnese de qualidade.

Rastreamentos de câncer ginecológico e de mama (se pertinente pela idade ou condições biológicas)

A maioria das gestantes, em decorrência da faixa etária, não apresentam antecedentes de doenças oncológicas graves. Muitas, entretanto, podem ser portadoras de neoplasias ou lesões precursoras, com diagnóstico definido ou apenas rastreado, como é o caso de exame de Papanicolaou (citologia oncológica cérvico vaginal), lesões HPV induzidas ou mesmo lesões mamárias. Informações destes rastreamentos de câncer de colo uterino e câncer de mama (se dentro dos critérios de rastreamento), são obrigatórias na propedêutica obstétrica.

Antecedentes Vacinais

O mundo tem vivido, nas última décadas, o surgimento de novas doenças, epidêmicas e pandêmicas, como as gripes pelo H1N1, doença pelo Coronavírus pelo SARV-CoV-2 e o ressurgimento de agravos anteriormente controladas por vacinas como Sarampo (Gestante e Lactente) e Coqueluche (no lactente), e a febre amarela. Conhecer o estado vacinal da gestante permite à atualização do calendário e/ou à inclusão em esquemas vacinais que são permitidos na gestação, como vacina contra Gripe por Influenza, vacina dTpa para coqueluche e vacina contra hepatite B. Além disto permite a orientação quanto à circulação em locais em endemia ou epidemia e orientações com relação a contatos.

Condições e Hábitos de Vida

Hábitos de uso de substâncias lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas, podem desencadear efeitos adversos no desenvolvimento fetal. Conhecer estes hábitos utilizando ferramentas de quantificação por meio de escores, de forma objetiva, permite orientações e trabalhos motivacionais por parte da equipe de saúde da APS para minimizar o uso e os efeitos danosos para o binômio materno fetal e/ou o encaminhamento desnecessário para unidades de maior complexidade.

Revisão de Sistemas

Certas queixas muitas vezes são esquecidas pela gestante, mas não devem ser negligenciadas pelo profissional de saúde. São casos de queixas urinárias, intestinais, genitais (corrimentos e lesões), ou qualquer outra queixa, considerando também sazonalidades como frio e calor. Este tempo da anamnese permite identificar estas queixas que podem ser a manifestação muito discreta de um fator de risco importante para a evolução da gestação. Podemos citar como exemplos mais prevalentes, as queixas urogenitais como sepse urinária e os corrimentos vaginais anormais, como vaginose bacteriana e prematuridade. Reforçando que os fatores de risco podem não se manifestar clinicamente e agir silenciosamente na gestação levando a complicações maternas e perinatais muito graves.

Cálculos da Data Provável do Parto e da Idade Gestacional

O cálculo da data provável do parto (DPP) deve ser feito considerando a regra universal de Nägele, calculada a partir do primeiro dia da data da última menstruação (DUM) somando-se 07 ao número do dia e subtraindo-se 03 do número do mês ou por ultrassonografia obstétrica precoce de primeiro trimestre de preferência, ou por idade gestacional calculada a partir da ultrassonografia obstétrica mais precoce.

Cálculo da Data Provável do Parto (DPP):

Regra de Nägele: somar 07 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês que ocorreu a última menstruação.

Exemplo 01

DUM = 20/05/2020

DIA > 20 + 7 = 27 (dia)

MÊS > Subtrair 03 do número do mês

Maio = mês 05 – 03 = 02 (fevereiro)

DPP = 27/02/2021

Exemplo 02

DUM = 28/01/2020

DIA > 28 + 7 = passa para o mês seguinte: dia 29, dia 30, dia 31, dia 01, dia 02, dia 03, dia 04.

MÊS > Quando o dia da DPP passa no calendário para o mês seguinte, subtrair 02 do número do mês

Janeiro = mês 01 ou mês 13 (para fins de cálculo da DPP) = 13 - 02 = 11 (novembro)

DPP = 03/11/2020

A idade gestacional deve ser calculada em semanas lunares, rotineiramente, a partir da DUM (cronológica) e da idade gestacional da ultrassonografia obstétrica mais precoce (ultrassonográfica), de preferência nos três primeiros meses de gestação com medida biométrica do comprimento cabeça nádega (CCN), devido à menor margem de variação em dias para mais ou para menos nesta fase da gestação (até mais ou menos uma semana de variação).

Cálculo da Idade Gestacional (IG) a partir do primeiro dia da última menstruação

Calcular o número de dias entre o primeiro dia da DUM até a data da consulta ou data em que se pretende calcular a idade gestacional.

Transformar o número de dias em semanas: Dividir por 07

Exemplo 01: Cálculo da IG a partir da DUM

DUM = 20/05/2020

DATA DA CONSULTA: 21/07/2020

Calcular o número de dias entre o primeiro dia da DUM até a data da consulta ou data em que se pretende calcular a idade gestacional.

11(restante do mês de maio) + 30(junho) + 21 dias em julho até a data da consulta = 62 dias

Transformar 62 dias em semanas: Dividir por 07

62 dias / 07 (semana) = 08 semanas + 06 dias de gestação.

Exemplo 02: Cálculo da IG a partir da DUM

DUM = 28/01/2020

DATA DA CONSULTA: 21/07/2020

Calcular o número de dias entre o primeiro dia da DUM até a data da consulta ou data em que se pretende calcular a idade gestacional.

03(restante do mês de janeiro) + 28 ou 29*(fevereiro) + 31(março) + 30(abril) + 31(maio) + 30(junho) + 21 (julho) = 175 dias

Transformar 175 dias em semanas: Dividir por 07

175 dias / 07 (semana) = 25 semanas.

*ano bissexto

Cálculo da Idade Gestacional (IG) a partir da idade gestacional da primeira ultrassonografia obstétrica
Calcular o número de dias entre o dia da realização da primeira ultrassonografia obstétrica até a data da consulta ou data em que se pretende calcular a idade gestacional.

Transformar o número de dias em semanas: Dividir por 07

Somar estas semanas à idade gestacional da primeira ultrassonografia

Exemplo 03: Cálculo da IG a partir da DUM e da 1ª ultrassonografia obstétrica

DUM = 15/12/2019

DPP = 22/09/20210

1ª Ultrassonografia Obstétrica > Data = 25/02/2020 = 09 semanas

DATA DA CONSULTA: 21/07/2020

IG cronológica: 31 semanas e 1 dia

IG ultrassonográfica > Calcular o número de dias entre o dia da realização da primeira ultrassonografia obstétrica até a data da consulta ou data em que se pretende calcular a idade gestacional = 04 (fevereiro*) + 31(março) + 30(abril) + 31(maio) + 30(junho) + 21 (julho) = 147 dias

Transformar o número de dias em semanas: Dividir por 07

147 / 07 = 21 semanas

Somar estas semanas à idade gestacional da primeira ultrassonografia = 09

21 semanas + 09 semanas = 30 semanas ultrassonográficas.

*ano bissexto

A idade gestacional pode ser estimada por correlação com o volume uterino (medida da altura uterina e avaliação uterina por toque), sendo esta a idade da gestação feita com o número da idade gestacional em semanas. Recomenda-se a correlação apenas em casos de impossibilidade de informações por desconhecimento da gestante ou por falta de exames ultrassonográficos prévios.

Leva-se em consideração a medida da altura uterina, o toque vaginal e a data de início de movimentação fetal. Pode-se considerar os seguintes parâmetros:

- Até 6ª semana: não ocorre alteração de tamanho uterino;
- 8ª semana: útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- 10ª semana: útero corresponde ao triplo do tamanho normal;
- 12ª semana: útero enche a pelve, sendo palpável na sínfise púbica;
- 16ª semana: o fundo do útero está entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- 20ª semana: fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- 20 a 22 semanas as gestantes começam a perceber movimentos fetais;
- Acima de 20 semanas: relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Este parâmetro tem menor fidelidade a partir da 30ª semana.

Exame clínico obstétrico

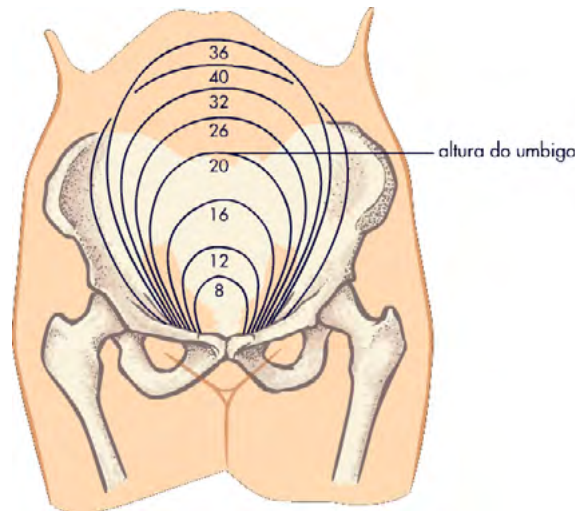
O exame clínico completo deve ser realizado sistematicamente, avaliando-se de forma sucinta os sistemas orgânicos mais relevantes e avaliação obstétrica ginecológica. O Exame Obstétrico deve ser sistematizado conforme a metodologia recomendada a seguir:

Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)

Objetivos:

- Identificar a posição do feto intra útero (situação, apresentação e fixação fetal à pelve);
- Avaliar o crescimento fetal; e
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional.

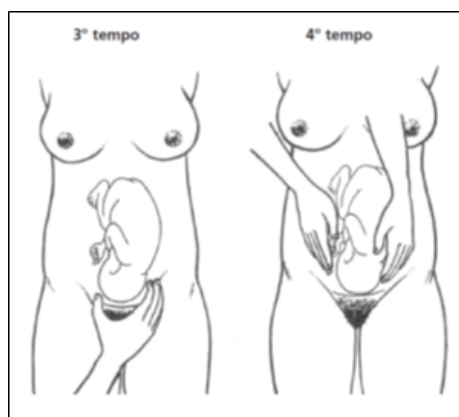
A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve se iniciar pela delimitação do fundo bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação, procurando-se reconhecer os polos cefálicos e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico. A percepção materna e a constatação objetiva de movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade fetal.



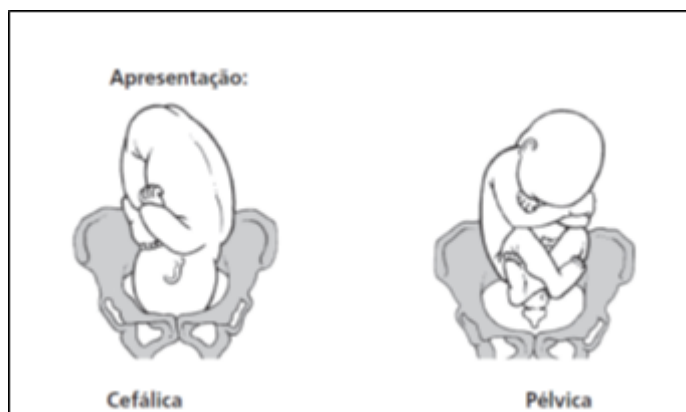
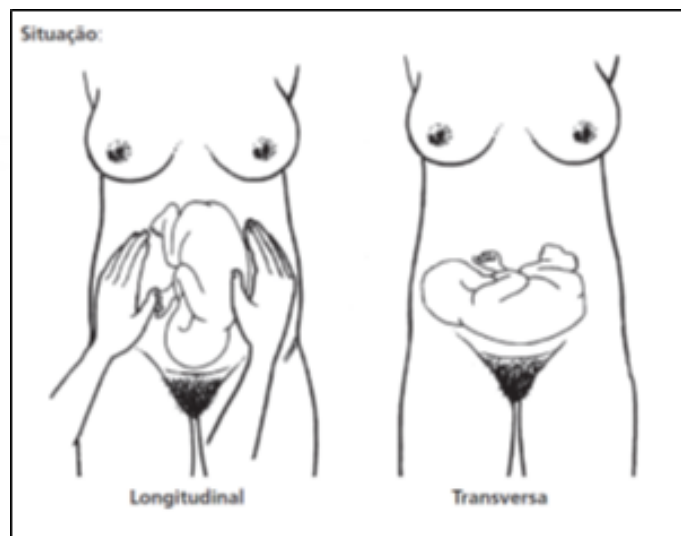
Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold)

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos (grau de recomendação B):

1. Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
2. Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
3. Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
4. Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.



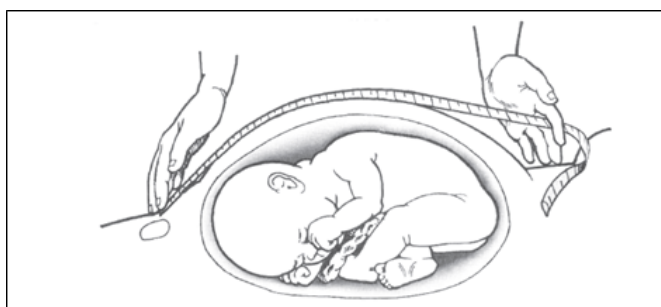
Fonte: Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde

Técnica de Medida da Altura Uterina

1. Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
2. Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
3. Por meio da palpação, procurar corrigir a comum dextroversão uterina;
4. Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio;
5. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
6. Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão, e marcar o ponto na curva da altura uterina.



Fonte: Ministério da Saúde

Ausculata de Batimento Cardíaco Fetal (BCF)

A ausculata de BCF tem por finalidade observar a presença, ritmo, frequência e a normalidade dos batimentos cardio fetais. Pode ser realizada a partir de 12 semanas com equipamento Sonar Doppler (Doptone) ou a partir de 20 semanas com estetoscópio de Pinard.

A frequência cardíaca fetal normal varia de 110-160 batimentos por minuto. Mas é importante atentar a certas situações como por exemplo: é normal observar taquicardia fetal após contração, movimentação fetal ou estímulo mecânico, porém, não é esperado bradicardia ou desaceleração de batimentos após esses eventos.

Técnica Adequada para Ausculata de BCF

1. Gestante posicionada em decúbito dorsal, com abdômen descoberto;
2. Identificar o dorso fetal com palpação e com questionamentos à gestante: o dorso do bebê costuma estar posicionado ao lado oposto da maior movimentação;
3. Auscultar BCF com estetoscópio de Pinard ou com sonar Doppler;
4. Fazer controle de pulso materno para ter certeza de que os batimentos auscultados são fetais e não maternos (as frequências são diferentes);
5. Registrar os dados encontrados na caderneta pré-natal da gestante.



Fonte: Ministério da Saúde

Gravidograma

É um dos componentes mais importantes da Carteira da Gestante, correspondendo a uma tabela preenchida pelo profissional assistente, com letra legível, com cada informação clínica dentro de espaços distribuídos de maneira horizontal, na consulta, permitindo avaliações da variável em questão observando a coluna vertical.

O objetivo principal desta ferramenta é oferecer ao profissional de saúde, informações clínicas relevantes com acesso muito rápido e facilidade de identificação e interpretação destas informações. As linhas representam cada consulta realizada ao longo do período gestacional. As colunas representam variáveis clínicas com informações objetivas e subjetivas, coletadas durante a consulta de pré-natal. Esta ferramenta é composta de 6 linhas, cada qual correspondendo a uma consulta de uma equipe multiprofissional em diferentes pontos de assistência. Objetivando a facilidade de leitura e interpretação das informações anotadas, devendo ser preenchidas com letras e números legíveis, respeitando os respectivos espaços.

Caso haja informações a serem anotadas que não caibam dentro dos espaços, há ao final da carteira páginas pautadas em formato de prontuário clínico, onde podem ser anotadas quaisquer infor-

mações clínicas e não clínicas da gestante, sem comprometer a organização da página do gravidograma.

Na parte superior do gravidograma há espaço para anotações de informações a respeito de paridade, número de gestações, partos naturais, instrumentais ou cesarianas, abortos, data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP) cronológica, DPP ecográfica, estatura e tipagem sanguínea. Estas informações devem estar anotadas com letra legível, pois são a base dos cálculos de idade gestacional e índice de massa corporal (IMC).

Na tabela do gravidograma propriamente dita, devem ser anotados as seguintes variáveis clínicas:

- Data
- Idade gestacional (IG) cronológica
- IG ecográfica
- Peso (Kg)
- Índice de massa corporal (IMC)
- Pressão arterial (mmHg)
- Altura uterina (cm)
- Situação/apresentação fetal
- Batimentos cardio-fetais (BCF)
- Observação de movimentos fetais
- Presença de edema
- Informações clínicas e queixas atuais
- Estratificação de risco

As variáveis clínicas possíveis de serem examinadas devem ser mensuradas já a partir da primeira consulta. Importante reforçar que todas as variáveis devem obrigatoriamente ser examinadas, avaliadas e anotadas a cada consulta de pré-natal. O gravidograma devidamente preenchido permite a visão macro de todo o pré natal até então realizado, facilitando a análise, interpretação clínica e tomada de decisões e ações a partir destes achados.

Uma das funcionalidades desta ferramenta é permitir ao examinador, utilizando principalmente informações de cunho completamente clínico, anotadas seriadamente, identificar modificações da evolução natural normal destas variáveis e seus desvios, que de maneira precoce podem antecipar a previsão de potenciais doenças no futuro imediato (hipertensão na gestação, diabetes, problemas placentários, restrição de crescimento fetal, etc).

A ilustração abaixo demonstra de forma simplificada um gravidograma:

G. _____ P. _____ CEF _____
 AB (incluindo gestações anteriores) _____
 DUM _____ DPP _____ DPPec _____

Data	IG (DUM)	IG (DPP)	Press (mmHg)	ABC	PM (mmHg)	BCTM (mm)	Agravamento	SEX	Monitoramento fetal	Informações Clínicas	Estratificação de risco			Local do atendimento	Profissional
											BA	BE	BB		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															

Estratificação de risco inicial (na primeira consulta)
 0 = baixo risco 1 = intermediário 2 = alto risco

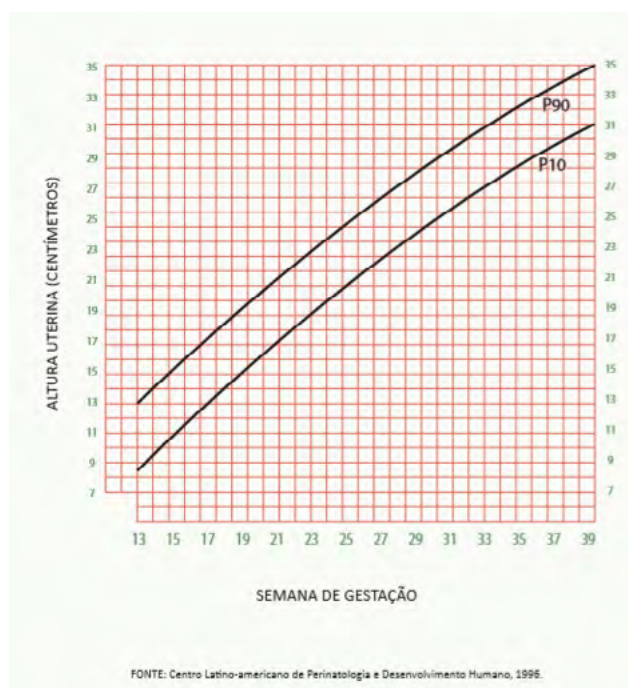
FONTE: Carteira da Gestante-Paraná (2020)

Importante mencionar a utilização conjunta de outras ferramentas como curvas de crescimento uterino e de IMC, tabela ecográfica de peso fetal estimado, entre outras, para a identificação da evolução normal e seus desvios.

Curvas de Crescimento Uterino

Esses dados são cruzados em um gráfico (figura abaixo) contendo pontos de corte: percentil 10 e percentil 90, que são respectivamente os limites inferior (deficiente) e superior (excessivo) para crescimento fetal. É importante que sejam analisadas mudanças muito bruscas de comportamento fetal, por exemplo, uma curva constante demonstra um crescimento adequado do feto, porém, uma curva decrescente de forma muito brusca pode indicar uma restrição de crescimento intraútero bastante significativa.

GRÁFICO DE CRESCIMENTO UTERINO



FONTE: Carteira da Gestante-Paraná (2020)

Curva de Índice De Massa Corporal (IMC)

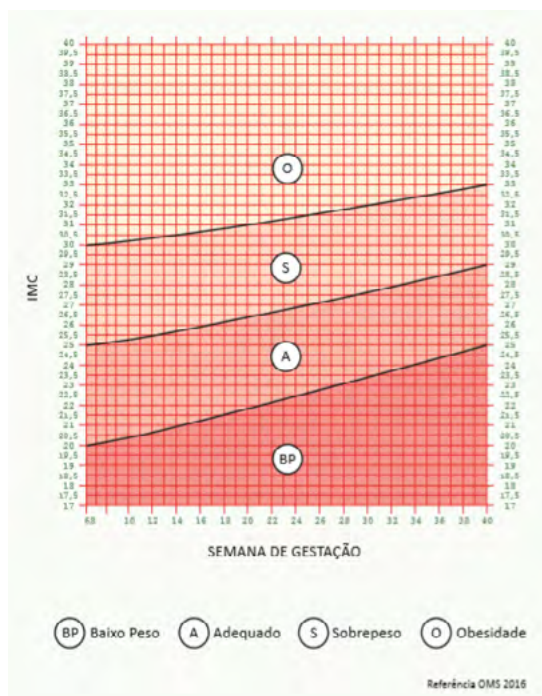
A curva de IMC corresponde a um dos parâmetros de avaliação nutricional da gestante. Do mesmo modo que a curva de crescimento fetal, na curva de IMC materno são cruzados os dados de IG.

O cálculo do IMC pode ser realizado através da seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$. O resultado pode indicar gestante com baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade. Além da operação aritmética, dividindo-se o peso duas vezes pela estatura em metros, pode-se usar discos de cálculo e aplicativos de cálculos em computadores ou dispositivos móveis como celulares e tablets.

O ideal seria a manutenção de peso adequado e constante durante a gestação, visando fornecer nutrientes para o bom crescimento fetal, sem excessos. Em casos de baixo peso, sobrepeso ou obesidade, há necessidade de investigar histórico familiar, patologias, e orientar a gestante a ter uma alimentação mais saudável e controlada, pois o excesso, bem como a falta de alimentos, pode gerar patologias fetais.

As recomendações de ganho de peso total na gestação são de:

- baixo peso: 12,5 – 18,0 kg
- peso adequado: 11,5 – 16,0 kg
- sobrepeso: 7,0 – 11,5 kg
- obesidade: 5,0 – 9,0 kg



FONTE: Carteira da Gestante-Paraná (2020)

Segundo o Institute of Medicine and National Research Council (IOM), o ganho de peso total recomendado para gestantes com sobrepeso deve ser de 7 kg a 11,5 kg e de 5 kg a 9 kg quando apresentam obesidade. No primeiro trimestre, o ganho de peso é menor, devendo ser entre 0,5 kg a 2 kg, contudo, para as gestantes que já se encontram com excesso de peso, o ideal é que ganhem o mínimo de peso possível nesse período. Para o segundo e o terceiro trimestres, o ganho de peso deve ser estimado por semana, assim, a recomendação do ganho de peso médio para gestantes com sobrepeso deve ser de 280 g por semana e para gestantes obesas, de 220 g por semana.

Para obter o ganho de peso da gestante, deve-se calcular o valor adquirido até o momento e quanto ela ainda deverá ganhar até o final da gestação, em função da avaliação clínica, segundo a tabela do IOM adaptada.

GANHO DE PESO (KG) RECOMENDADO DURANTE A GESTAÇÃO, SEGUNDO O ESTADO NUTRICIONAL INICIAL

Estado nutricional inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e no 3º trimestre*	Ganho de peso (kg) total na gestação
Sobrepeso (S) (25 a 29,9 kg/m²)	0,28 (0,23 - 0,33)	7 - 11,5
Obesidade (O) (≥30 kg/m²)	0,22 (0,17 - 0,27)	5 - 9

Fonte: Adaptado de Institute of Medicine (US), 2009.

* Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 e 2 kg.

GRÁFICO 1 – CURVA DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE ACORDO COM A SEMANA DE GESTAÇÃO

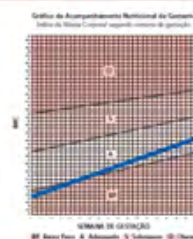
**EN da gestante
(1ª avaliação)**

Inclinação da curva

Exemplo

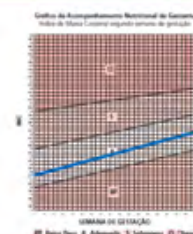
Baixo peso (BP)

Curva de ganho de peso deve apresentar inclinação maior que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.



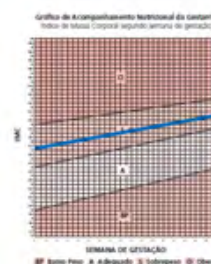
Adequado (A)

Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.



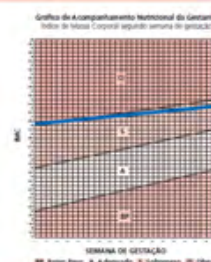
Sobrepeso (S)

Deve apresentar inclinação ascendente semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.



Obesidade (O)

Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.



INTERPRETAÇÃO DO TRAÇADO OBTIDO E CONDUTAS (GRÁFICOS 2 E 3)

GRÁFICO 2 – AVALIAÇÃO DA ALTURA UTERINA

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

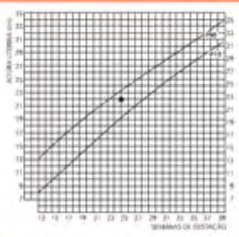
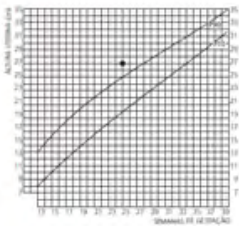
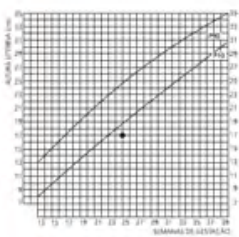
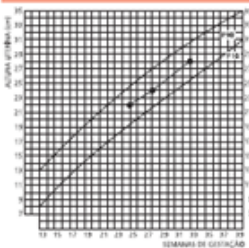
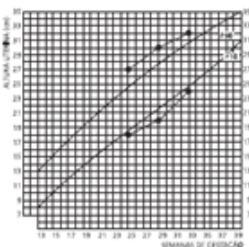
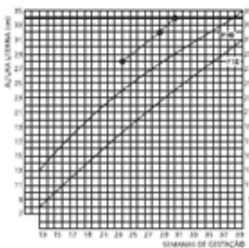
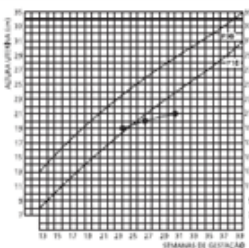
Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores	• Seguir calendário de atendimento de rotina
	Acima da curva superior	• Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade • Solicitar ultra-sonografia, se possível • Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco
	Abaixo da curva inferior	• Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG. Deve ser vista pelo médico da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligodrâmnio ou restrição de crescimento intra-uterino • Solicitar ultra-sonografia, se possível • Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco

GRÁFICO 3 – CURVA DE ALTURA UTERINA DE ACORDO COM A SEMANA DE GESTAÇÃO

Consultas subsequentes

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores	Crescimento normal	• Seguir calendário básico
	Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta; ou evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta	É possível que a IG seja maior que a estimada; É possível que a IG seja menor que a estimada	• Encaminhar gestante à consulta médica para: – confirmar tipo de curva – confirmar a IG, se possível com ultra-sonografia – referir ao pré-natal de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento fetal
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia ou outra situação	• Referir ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicitar ultra-sonografia
	Evoluindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável restrição do crescimento fetal	• Referir ao pré-natal de alto risco

Obs.: deve-se pensar em erro de medidas, quando ocorrer queda ou elevação abrupta em curva que vinha evoluindo normalmente.

Controle da Pressão Arterial

Com o objetivo de detectar precocemente os estados hipertensivos, a pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Se for consideravelmente diferente em ambos os membros, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas. O acompanhamento da pressão arterial deve ser avaliado sempre em conjunto com outras variáveis clínicas como o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando maior risco de quadros hipertensivos como a pré-eclâmpsia.

Técnica de medida da pressão arterial

- O aparelho deve estar calibrado;
- Verificar se a gestante não realizou exercícios físicos ou ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou até 30 minutos antes da aferição;
- Deve estar em repouso de, no mínimo, 5 minutos;
- Apoiar o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando o braço para localizar a artéria braquial. Colocar o manguito ajustando-o acima da dobra do cotovelo;
- Palpar a artéria braquial no cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio. Pedir à paciente para não falar durante a aferição;
- Inflar o manguito e proceder a leitura da seguinte maneira: o ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica e a diastólica quando os ruídos desaparecerem completamente. Se o desaparecimento completo não ocorrer, considerar pressão diastólica no ponto onde se perceba marcado abafamento;
- Aguardar um a dois minutos antes de realizar novas aferições;
- A pressão arterial poderá também ser verificada com a paciente em decúbito lateral esquerdo, no braço direito, mas nunca em posição supina, isto é, deitada de costas.

Curvas de pressão arterial poderão ser indicadas para a gestante com periodicidade de aferições a critério clínico, de preferência realizados pela equipe de saúde. Mensurações domiciliares não devem ser encorajadas, salvo se realizado por pessoa com mínimo conhecimento da técnica e equipamento adequado e calibrado, de procedência conhecida, ou sob orientações dos profissionais da Unidade Básica de Saúde.

Avaliação Clínica de Vitalidade Fetal – 1

Uma das queixas mais prevalentes durante a avaliação obstétrica, principalmente no terceiro trimestre, próximo ou no termo da gestação, é a diminuição ou parada da percepção da movimentação fetal pela gestante. A primeira observação deve ser feita em períodos do dia nos quais há esta percepção de alteração de movimentação fetal. Pode-se coincidir períodos de sono materno com maior atividade fetal e períodos de vigília materna com momentos de sono fetal.

Uma maneira de se mensurar esta informação subjetiva seria em estimativas de diminuição de movimentação em percentuais onde atividade fetal normal corresponderia a 100% da movimentação percebida, 50% seria diminuição dessa percepção e 0% parada total de percepção de movimentação. Para exemplificar, uma diminuição de 20% da movimentação significa que a gestante percebe 80% da movimentação habitual. Relatos de redução em 50% ou mais desta percepção devem ser consideradas relevantes e observações e testes clínicos de vitalidade fetal devem ser considerados.

Durante a ausculta, há também a possibilidade de observação de alterações na percepção do ritmo cardíaco fetal. Aumentos da frequência cardíaca fetal são observadas durante a movimentação ou durante aumentos transitórios de tônus uterino, chamadas de contrações de Braxton Hicks, sendo

definidas como acelerações transitórias (ocorrendo em período de tempo de até 10 minutos).

Acima de 10 minutos ininterruptos de aumento de frequência cardíaca, considera-se como taquicardia fetal. As acelerações transitórias, se relacionadas a movimentos fetais, tornando-se indicadores de excelente condição de vitalidade fetal.

Desaceleração da frequência cardíaca também pode ser observada durante o exame obstétrico. Atentar à possibilidade de hipotensão supina (queda súbita da pressão arterial por compressão da veia cava inferior e diminuição do débito cardíaco), assintomática ou oligossintomática, mesmo para pouco tempo de decúbito dorsal. Neste caso a recomendação é mudar o decúbito da gestante para lateral direito ou esquerdo imediatamente. A frequência cardíaca deve se normalizar em poucos segundos ou minutos. Entretanto, situações de desacelerações dos batimentos cardiofetais podem significar hipóxia fetal e devem ser avaliadas clinicamente em qualquer nível de atenção.

Um teste simples que pode ser utilizado é de estímulo sonoro simplificado, sendo necessário um dispositivo sonoro como uma buzina eletrônica de bicicleta (equipamento de baixo custo e que emite uma onda sonora com capacidade de ser perceptível pelo feto tanto pelo seu sistema auditivo quanto pelo sentido do tato fetal e provocar reações fetais – movimentação e cardio aceleração fetais), e um sonar.

Doppler ou estetoscópio de Pinnard

Técnica para Teste do Estímulo Sonoro Simplificado:

1. Posicionar a gestante em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
2. Palpar o polo cefálico;
3. Fazer ausculta de BCF durante 4 tempos de 15 segundos cada. Fazer a média de batimentos;
4. Aplicar o estímulo sonoro entre 3-5 segundos ininterruptos, no polo cefálico fetal, procurando observar movimento fetais no abdômen materno;
5. Repetir ausculta de BCF durante 4 tempos de 15 segundos cada, fazendo a média novamente.

Teste positivo: presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à média inicial, ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos no abdômen materno.

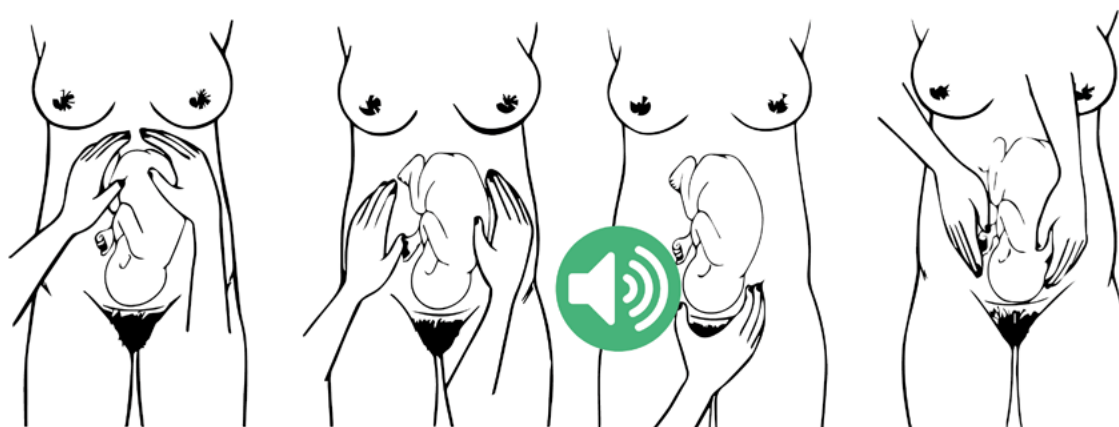
Teste negativo: ausência de resposta fetal identificada por falta de aumento dos BCF e falta de movimentos fetais ativos durante e pouco após a aplicação do estímulo.

Quando o teste do estímulo sonoro for classificado como negativo, deve ser realizado pelo menos mais uma vez, com intervalo de 10 minutos. Prosseguindo sem resposta esperada após o segundo estímulo, deve-se encaminhar a gestante à referência hospitalar materna para outras modalidades de avaliação de vitalidade fetal.

A presença de desacelerações (quedas na FCF abaixo de 110 bpm) pós estímulo levantam a suspeita de hipóxia e devem ser encaminhadas à referência hospitalar materna para avaliação por equipe obstétrica imediatamente.

A observação da cardio aceleração, considerado achado normal, pode permanecer por algum tempo após o estímulo, também por conta de ciclo de movimentação fetal desencadeado pela onda sonora (o feto entra em estado de vigília). Esta situação deve ser considerada normal e esclarecer à gestante e seu acompanhante.

Avaliação Clínica – Teste do Estímulo Sonoro



Fonte: Ministério da Saúde

Caso não haja disponibilidade de um dispositivo sonoro, pode-se executar o teste de estímulo mecânico, onde o examinador faz a mobilização do polo cefálico e pélvico em sentidos opostos, desde que a apresentação esteja alta e móvel, devendo-se observar como respostas a movimentação fetal e a elevação de 15 batimentos ou mais.

Avaliação Clínica - Estímulo Mecânico



Fonte: Ministério da Saúde

Avaliação Clínica de Vitalidade Fetal 2 - Mobilograma

Considera-se a movimentação fetal ativa e frequente, percebida de forma objetiva e sistemática pela própria gestante, como tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. A utilização do controle diário de movimentos fetais, através do mobilograma, realizado pela própria paciente, é importante ferramenta de avaliação de vitalidade fetal, de custo zero, de fácil execução desde que bem orientado em qualquer nível de assistência, principalmente na APS. Em gestação de risco habitual, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana. Não há padronização quanto ao método de registro. A técnica deve ser simples. O período de tempo não pode ser muito longo para não se tornar cansativo. Recomenda-se o método abaixo pela sua praticidade.

Técnica do Mobilograma:

- A gestante deve escolher um período do dia para realizar a contagem dos movimentos, alimentan-

do-se antes do início do registro;

- Em posição semi sentada, com a mão sobre o abdômen, registrar os movimentos do feto, anotando o horário de início e de término do registro;
- A contagem deve ser realizada por um tempo máximo de uma hora;
- Registrando seis movimentos por um período de tempo menor, não é necessário manter a observação durante uma hora completa;
- Se decorrida uma hora, a gestante não for capaz de contar seis movimentos, deve-se repetir o procedimento;
- Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deve ser orientada a procurar imediatamente a unidade de saúde responsável pelo seu pré-natal ou a maternidade de referência;
- Considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

[illegible]

FONTE: Carteira da Gestante-Paraná (2020)

Avaliação complementar 1 - Exames Laboratoriais Padronizados (patologia clínica)

Existem exames a serem solicitados em cada trimestre de gestação, sendo necessário reforçar com a equipe de saúde a importância da realização desses exames, coletados e realizados de forma adequada, padronizada e executados por prestadores de serviços laboratoriais qualificados com confiabilidade comprovada.

Os exames descritos no risco habitual são recomendados para todas as gestantes independente da estratificação de risco, devendo ser realizados pela APS. Caso a estratificação de risco da gestante seja alterada de habitual para intermediário ou alto risco, outros exames são disponibilizados aos serviços de pré-natal. Avaliar e anotar adequadamente os resultados dos exames é de fundamental importância para a correta interpretação clínica e correlação com as informações dos achados.

Avaliação Complementar 2 - Ultrassonografias na Obstetrícia

A ultrassonografia como método diagnóstico se iniciou na obstetrícia. A gestante e o útero gravídico, como objetos de avaliação, ofereceram nos primórdios deste método diagnóstico as condições adequadas para a avaliação das estruturas anatômicas maternas e fetais, como interfaces de meios líquidos e sólidos ou poucas interfaces gasosas. A partir da avaliação obstétrica, a ultrassonografia se

desenvolveu na área de saúde como o método diagnóstico não invasivo mais utilizado na prática clínica.

Há a necessidade de que qualquer profissional da área de saúde, em particular as equipes de médicos generalistas, conheçam conceitos básicos deste exame para a correta prática clínica obstétrica.

Conceitos importantes para interpretação de um exame de ultrassonografia obstétrica:

1. Estática Fetal: é a posição fetal dentro do útero. Utiliza-se a mesma nomenclatura da avaliação clínica para situação (longitudinal ou transversa), apresentação (cefálica, pélvica ou cômica);

2. Variáveis biométricas mais utilizadas

a. 1º trimestre:

I. CCN = Comprimento Cabeça Nádega. É a medida mais utilizada no primeiro trimestre da gestação até 14 semanas de gestação.

b. 2º e 3º trimestres

I. Diâmetro Bi-parietal (DBP)

II. Circunferência Cefálica (CC)

III. Circunferência Abdominal (CA)

IV. Comprimento do Fêmur (CF)

3. Peso Fetal Estimado (PFE) : calculado a partir das variáveis de 2º e 3º trimestre, havendo tabelas correlacionando PFE e idade gestacional. Mais utilizada é a tabela de Hadlock. O peso fetal estimado permite fazer análises do crescimento fetal, conforme o percentil de crescimento em que se encontra em relação a um referencial biométrico ultrassonográfico de primeiro trimestre (medido pelo CCN). Utiliza-se para análise os percentis 10 e 90 limitando os achados de PFE normais, e percentis 03 e 97 para análises de alterações muito graves de crescimento fetal;

4. Frequência Cardíaca Fetal : esta variável permite identificar fetos viáveis de primeiro trimestre;

5. Líquido Amniótico: o líquido amniótico, produzido pela função renal fetal, é um elemento relacionado com seu bem estar e a suspeitas de malformações fetais ou problemas metabólicos maternos como o Diabetes Mellitus Gestacional.

A Avaliação semi quantitativa de líquido amniótico por avaliação em quatro quadrantes (Índice de Líquido Amniótico - ILA) ou medida do maior bolsão são importantes indicativos de normalidade, oligodrâmnio e polidrâmnio.

VALORES DE REFERÊNCIA PARA ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

Alterações de ILA	Valores de referência
ILA normal	80 e 180 mm
Oligodrâmnio Relativo ou Leve	50 e 79 mm
Oligodrâmnio Absoluto ou Severo	abaixo de 50mm
Polidrâmnio Leve	181 a 250mm
Polidrâmnio absoluto	acima de 250mm

O ILA normal se situa de maneira geral na gestação entre 80 e 180 mm, sendo Oligodrâmnio Relativo ou Leve entre 50 e 79mm e Oligodrâmnio Absoluto ou Severo abaixo de 50mm. Polidrâmnio Leve tem o ILA entre 181 a 250mm e polidrâmnio absoluto acima de 250mm.

6. Placenta: o Grau Placentário (Grannum) isoladamente, sem outros achados ultrassonográficos, não tem valor clínico. Os graus de maturação placentária varia de 0 a III;

7. Cordão Umbilical

Avaliação do Crescimento Fetal

A avaliação do desenvolvimento pode ser feito de forma indireta pela curva de altura uterina, podendo apresentar muitos desvios por problemas subjetivos de mensuração. A maneira mais precisa de se avaliar desenvolvimento fetal é pelo Peso Fetal Estimado (PFE), que analisa percentis de crescimento fetal comparando dois exames ultrassonográficos, o primeiro, realizado o mais precocemente possível, de preferência no primeiro trimestre, e o segundo exame no qual se pretende avaliar o crescimento fetal. Utiliza-se como parâmetro de normalidade o PFE numa determinada idade gestacional entre o percentil 10 e o percentil 90, sendo o percentil 50 o PFE médio esperado. Tais percentis são determinados por curvas previamente pesquisadas pelos autores seguindo normas éticas de pesquisa rigorosas. Na prática clínica obstétrica a tabela de PFE mais utilizada é a Curva de Hadlock.

Para o cálculo do PFE consideram-se as seguintes variáveis biométricas: diâmetro bi-parital, circunferência cefálica, circunferência abdominal e comprimento do fêmur. O peso fetal estimado para uma determinada idade gestacional deve estar entre o 10º e o 90º percentil para a idade gestacional calculada a partir de ultrassonografia de 1º trimestre, de preferência realizada até a 14ª semana de gestação, considerando a variável biométrica denominada Comprimento Cabeça Nádega. De forma prática, num exame ultrassonográfico que contenha as variáveis biométricas acima citadas e o PFE determinado, devemos avaliar, na tabela de Hadlock qual deveria ser o PFE na data do exame ultrassonográfico realizado. Se o PFE deste exame estiver de maneira geral entre o 10 e o 90º percentil para esta idade gestacional, considera-se o feto com peso adequado e crescimento fetal dentro da normalidade.

Caso o PFE esteja abaixo do percentil 10 para um exame de ultrassonografia de 2º ou 3º trimestre, numa determinada data, comparada ao peso estimado esperado para esta data, está diagnosticado a Restrição de Crescimento Intra Uterino (RCIU). Considera-se um caso grave se o PFE estiver abaixo do percentil 3, e deve ser encaminhada urgentemente ao serviço de referência de urgência e emergência para avaliações de vitalidade fetal e a referência de pré-natal de alto risco de forma priorizada.

Um PFE acima do Percentil 90 é indicativo de feto grande e acima de 97 como provável macrosomia fetal. Em caso de não haver primeiro exame ultrassonográfico precoce até a 14ª semana, deve-se utilizar como parâmetro a ultrassonografia mais precoce, considerando maior erro de avaliação.

TABELA DE HADLOCK (REFERÊNCIA DE VALORES - PESOS FETAIS ESTIMADOS)

Idade gestacional (semanas)	PESO FETAL ESTIMADO (gramas)				
	PERCENTIL				
	3	10	50	90	97
10	26	29	35	41	44
11	34	37	45	53	56
12	43	48	58	68	73
13	55	61	73	85	91
14	70	77	93	109	116
15	88	97	117	137	146
16	110	121	146	171	183
17	136	150	181	212	226
18	167	185	223	261	279
19	205	227	273	319	341
20	248	275	331	387	414
21	299	331	399	467	499
22	359	398	478	559	598
23	426	471	568	665	710
24	503	556	670	784	838
25	589	652	785	918	1011
26	685	758	913	1068	1141
27	791	879	1055	1234	1319
28	908	1004	1210	1416	1513
29	1034	1145	1379	1613	1754
30	1169	1294	1559	1824	1949
31	1313	1453	1751	2049	2189
32	1465	1621	1953	2285	2441
33	1622	1794	2162	2530	2703
34	1783	1973	2377	2781	2971
35	1946	2154	2595	3036	3244
36	2110	2335	2813	3291	3516
37	2271	2513	3028	3543	3785
38	2427	2686	3236	3786	4045
39	2576	2851	3435	4019	4294
40	2714	3004	3619	4234	4524

Referência: Hadlock FP, Harrist RB, Martinez-Poyer J. In utero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. Radiology 1991;181:129-33. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1887021?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReport-Panel.Pubmed_RVDocSum)

FONTE: Carteira da Gestante-Paraná (2020)

8. PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

Durante a gravidez, ocorrem numerosas modificações fisiológicas no corpo da mulher, principalmente nos sistemas respiratório, renal, gastrointestinal, endócrino e gênito-urinário (GAJENDRA; KUMAR, 2004; et al).

ALTERAÇÕES HORMONAIS X SAÚDE BUCAL

Na cavidade bucal, o aumento dos níveis de estrógeno e progesterona causa a hipervascularização do periodonto e alterações na produção do colágeno, além do aumento da permeabilidade capilar. Tal situação torna as respostas inflamatórias do tecido periodontal mais exacerbadas diante

dos irritantes locais (BARAK; OETTINGER-BARAK; MACHTEI; 2003). Ocorre ainda, a redução da concentração de cálcio e fosfato na composição da saliva e a redução do pH salivar (SALVOLINI; GIORGIO; CURATOLA, 1998).

Na gestação ocorrem mudanças de hábitos de dieta e higiene bucal que podem ser causadas pela diminuição da capacidade estomacal devido ao aumento do volume uterino, o que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão dos alimentos entre as refeições e aumente a frequência, resultando em um incremento de carboidratos, que associado à higienização deficiente, pode aumentar o risco de cárie. (POZO, 2001).

Os problemas comumente encontrados na cavidade bucal da gestante são: doença periodontal, cárie, tumor gravídico, dentre outros, sendo a gengivite, a patologia mais prevalente. (PASSINI; NOMURA; POLITANO; 2007; HOM et al. 2012).

As doenças periodontais possuem efeitos nocivos tanto na gestante como no feto em desenvolvimento, pois a presença de infecções bacterianas estimula a produção de mediadores inflamatórios (prostaglandinas), os quais podem provocar o parto prematuro e baixo peso ao nascer (OFFENBACHER; KATZ; FERTIK, 1996; BOGGESE; EDELSTEIN, 2006; XIONG; BUEKENS; FRASER, 2006). Além disso, a doença periodontal também está relacionada ao aumento do risco da pré-eclâmpsia.

O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DURANTE A GESTAÇÃO É SEGURO

Amplas evidências mostram que os cuidados com a saúde bucal durante a gestação são seguros e devem ser recomendados para melhorar a saúde bucal e geral da mulher (ACOG, 2017; LIDA, 2017; MARK, 2018). No entanto, estudos mostram baixa utilização de serviços odontológicos durante a gestação, reflexo de inúmeras barreiras de acesso, relacionadas ao próprio serviço, aos profissionais de saúde e às próprias gestantes (ROCHA et al, 2018a; ROCHA et al, 2018b).

Estudos mostram que a autopercepção das gestantes é baixa em relação à saúde bucal, o que identifica que a falta de conhecimento faz com que não haja a percepção da necessidade de tratamento.

Fatores como baixa escolaridade ainda é uma barreira a ser vencida, para possibilitar o empoderamento das gestantes em relação ao seu corpo e saúde. Mitos e crenças relacionados à gestação ainda se encontram arraigados na cultura da população, levando esse grupo a não buscar atendimento odontológico.

O pré-natal odontológico deve ser realizado preferencialmente no 1º trimestre de gestação, com a realização de ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal, e agendamento de consultas subsequentes, conforme as necessidades individuais de cada gestante. Os agendamentos para as consultas odontológicas deverão ser realizados de maneira programada e preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal. A equipe de saúde bucal (ESB) pode acompanhar semanalmente o registro de novas gestações no E-SUS ou de sistemas próprios para agendar a primeira consulta da gestante.

GESTANTE DE ALTO RISCO X PRÉ NATAL ODONTOLÓGICO

Para o atendimento da gestante de alto risco, recomenda-se fazer avaliação conjunta do cirurgião-dentista e médico de referência da gestante e, caso necessário, solicitar exames específicos para garantir o atendimento seguro. O profissional também poderá acionar os profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para matriciamento ou consulta conjunta, ou, caso identificada a necessidade de cuidado especializado, realizar o encaminhamento para o centro especializado.

A promoção da saúde, o incentivo à adoção de comportamentos saudáveis e o acompanhamento humanizado integral são instrumentos que atuam como pilares da assistência pré-natal. O eixo norteador desta assistência é a resolutividade, cujo objetivo é romper barreiras que possam comprometer a saúde materno-infantil. Ela é consolidada com a presença de equipes capacitadas de profissio-

nais de saúde em todos os níveis de atenção (ALVES; BEZERRA, 2005; SADDKI; YUSOFF; HWANG, 2010).

Portanto, programas educacionais devem ser criados a fim de oferecer mais conhecimento para as gestantes, incluindo o atendimento odontológico no pré-natal, fortalecendo a necessidade da atuação do cirurgião-dentista neste período tão significativo da vida das mulheres:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O pré-natal odontológico visa conscientizar a família sobre todos os cuidados bucais necessários para evitar alterações que possam interferir na saúde da gestante e do lactente, como a relação da saúde bucal materna com a saúde fetal, ou seja, a conexão sistêmica-bucal.
- O atendimento odontológico é seguro e eficaz durante a gravidez. O atraso no tratamento necessário pode resultar em risco significativo para a mãe e indiretamente para o feto.
- Exames radiográficos dentários se mostram seguros e aceitáveis durante todos os trimestres de gestação, no entanto, o binômio risco-benefício deve ser avaliado antes de serem realizados em gestantes. A radiografia deve ser solicitada apenas quando necessário e se possível evitar o primeiro trimestre de gestação, mais especificamente entre os dias 32 e 37, entre 4ª e 5ª semanas de gestação, devido à organogênese.
- O aumento de hormônios durante a gestação, como estrogênio e progesterona levam a um aumento da vascularização gengival e diminuição da resposta imunológica. Consequentemente, ocorre um aumento da inflamação gengival na presença de biofilme dental.
- O uso de anestesia local é um procedimento seguro. O anestésico indicado é a LIDOCAINA 2% com epinefrina 1:100.000, respeitando o limite de 2 tubetes por sessão.
- Algumas terapias medicamentosas podem ser utilizadas seguramente durante a gestação como alguns analgésicos e antibióticos. Os fármacos recomendados para uso em gestantes na prática odontológica podem ser consultados na Linha Guia de Saúde Bucal.
- O trabalho interdisciplinar entre os profissionais da equipe de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros é fundamental para o atendimento integral da gestante.

9. ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

Sala de Parto

O atendimento adequado do recém-nascido (RN) na sala de parto reduz a morbimortalidade neonatal. Em qualquer nascimento a equipe deverá estar preparada e habilitada para manobras de reanimação neonatal. Nos casos em que houver condições de risco, duas pessoas deverão estar presentes no momento da reanimação.

A equipe deverá usar material de proteção, tais como luvas, óculos, máscara e avental, que além de servirem como proteção ao profissional também reduzem o risco de infecção para o RN, este envolto e aquecido por um campo estéril.

O material destinado à manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações deve ser conferido e testado antes do parto, mantendo-se o berço aquecido ligado e os campos e as compressas aquecidas. Deverá sempre ser testada a rede de oxigênio e vácuo, assim como o funcionamento do balão auto-inflável e o laringoscópio.

A Escala de Apgar (Quadro 1) quantifica e sumariza a resposta do RN nascido à vida extra-uterina e às medidas de reanimação. Essa avaliação é feita com 1º e 5º minutos após o nascimento. Se o score é inferior a sete no 5º minuto, recomenda-se sua aplicação a cada cinco minutos até 20 minutos de vida. Esta escala não deve ser utilizada para determinar o início da reanimação, no entanto, sua aferição permite avaliar a resposta do bebê às manobras realizadas e sua eficácia.

ESCALA DE APGAR

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca	ausente	lenta (abaixo de 100bpm)	maior que 100 bpm
Respiração	ausente	lenta, irregular	boa, chorando
Tônus muscular	flácido	alguma flexão de extremidades	movimento ativo
Irritabilidade reflexa	sem resposta	careta	tosse, espirro ou choro
Cor	azul, pálido	corpo rosado, extremidades azuis	completamente rosado

0 a 3 Asfixia grave

4 a 6 Asfixia moderada

7 a 10 Boa vitalidade/ boa adaptação

Humanização do atendimento: na ausência de complicações materna e neonatal, a interação precoce entre a mãe e o seu filho deve ser estimulada. O neonato vigoroso pode ser secado e deixado nu sobre a pele de sua mãe. Campos aquecidos são colocados sobre os dois no intuito de minimizar a perda de calor. O contato pele a pele reduz o risco de hipotermia em RN a termo e maximiza interação mãe-bebê e favorece o aleitamento materno na primeira hora de vida nos casos em que não há contraindicações. A presença do acompanhante deve ser estimulada durante todo o trabalho de parto e nascimento (Lei Federal nº 11.108 de 2005).

Cuidados de rotina após a estabilização clínica do RN na sala de parto

Quando as condições clínicas do RN forem satisfatórias, os seguintes procedimentos devem ser realizados em sequência:

- 1- Clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical, em condições estéreis.
- 2- Prevenção de hipotermia do RN;
- 3- Antropometria. Realizar exame físico simplificado, incluindo peso, comprimento e o perímetro cefálico.
- 4- Prevenção do sangramento por deficiência de vitamina K. Administrar 1mg de vitamina K1 por via intramuscular ao nascimento.
- 5- Identificação do RN: impressão plantar do RN e digital da mãe no prontuário hospitalar.
- 6- Pulseiras devem ser colocadas na mãe e no RN, contendo o nome da mãe, o registro hospitalar, a data/ hora do nascimento e o sexo do RN.
- 7- Classificação de Risco do RN. Basta a identificação de um único critério para definir o estrato de risco que classifica a criança, predominando o critério maior.

Os RNs estáveis devem permanecer com suas mães e ser transportados ao alojamento conjunto. Caso haja a necessidade de transporte do RN para unidade neonatal, sempre que possível ele deve ser mostrado à mãe novamente, antes do transporte.

10. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AO NASCER

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia Materno Infantil, estabelece critérios para garantir o cuidado as crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. A identificação dos Recém-nascido (RN) de risco habitual, intermediário e de alto risco ao nascer possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças.

Os riscos ao nascer identificados de cada criança devem ser definidos durante o exame físico

da criança e na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos RN, sendo estratificada em Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco na dependência de características individuais e socioeconômicas materna e do nascimento.

10.1 RISCO HABITUAL

Local de atendimento
Atenção Primária à Saúde do seu território de abrangência.
Estratificação da criança
Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. Critérios: ● APGAR > 7 no 5º minuto ● Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g ● Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas

Os RNs classificados como risco habitual ao nascer devem ser colocados em contato pele a pele com a mãe, iniciando a amamentação na primeira hora de vida (exceto HIV+ e/ou HTLV+) e mantidos em alojamento conjunto, além disso, é necessário realizar a triagem neonatal (teste do olhinho, da orelhinha, do coraçãozinho e do pezinho) e iniciar a imunização conforme o esquema vacinal do Plano Nacional de Imunizações (PNI).

10.2 RISCO INTERMEDIÁRIO

Local de atendimento
Atenção Primária à Saúde do seu território de abrangência com calendário de puericultura intensificado.
Estratificação da criança
Características individuais e socioeconômicas materna: ● Filhos de mães: ● Com infecção intrauterina (STORCH¹) + HIV. ● Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; ● Negras; ● Com menos de 4 consultas de pré-natal; ● Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; ● Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; ● Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; ● Que apresentaram exantema durante a gestação; ● Com gravidez indesejada²; ● Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto³ e/ou natimorto⁴); ● Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; ● Com histórico de violência interpessoal; ● Que morreram no parto. E/OU Características do nascimento: ● Peso ao nascer ≥ 2.000g e < 2.500g; ● Idade gestacional entre ≥ 35 e < 37 semanas; ● Anomalias congênitas menores⁵;

Os RNs classificados como risco intermediário ao nascer devem ser colocados em contato pele a

¹ Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

² Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

³ Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).

⁴ Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.

⁵ São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

pele com a mãe, iniciando a amamentação na primeira hora de vida (exceto HIV+ e/ou HTLV+) e mantidos em alojamento conjunto, além disso, é necessário realizar a triagem neonatal (teste do olhinho, da orelhinha, do coraçãozinho e do pezinho) e iniciar a imunização conforme o esquema vacinal do Plano Nacional de Imunizações (PNI).

Se o RN for pequeno para idade gestacional (PIG) ou grande para idade gestacional (GIG) é necessário realizar a glicemia periférica conforme protocolo da maternidade.

Para as crianças classificadas como Risco Intermediário terão seu acompanhamento de puericultura intensificado e caso evoluam sem melhora de fatores de risco ou piora dos mesmos, devem ser reclassificados como Alto Risco e encaminhados para a AAE.

10.3 ALTO RISCO

Local de atendimento
Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada (cuidado compartilhado)
Estratificação da criança
Características do nascimento: •Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; •Idade gestacional ≤ 34 semanas; •Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto); •Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão; •Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)⁶ ; •Doenças genéticas, cromossomopatias⁷ .

Os RNs classificados como alto risco ao nascer devem ser encaminhados com urgência para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou à Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), de acordo com as normas de estabilização e transporte, quando possível ser colocados em contato pele a pele com a mãe e iniciando a amamentação (exceto HIV+ e/ou HTLV+).

Realizar a triagem neonatal (teste do pezinho, olhinho, coraçãozinho e orelhinha) e iniciar a imunização conforme o esquema vacinal do Plano Nacional de Imunizações (PNI).

Os RNs estáveis devem permanecer com suas mães e ser transportados ao alojamento conjunto. Caso haja a necessidade de transporte do RN para unidade neonatal, sempre que possível, deve ser mostrado à mãe novamente, antes do transporte, além disso, de acordo com as legislações vigentes, mãe e pai devem possuir livre acesso ao RN internado em unidade neonatal.

11. ALOJAMENTO CONJUNTO

O Alojamento Conjunto destina-se a:

- I - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao RN;
- II - RNs clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas;
- III - RNs com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e
- IV - RNs em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTIN ou UCIN.

⁶ Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. Exemplos: lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

⁷ Como por exemplo, a síndrome de Down.

Rotina do alojamento conjunto

O RN permanece junto com sua mãe em alojamento conjunto, com direito a um acompanhante. Deve-se apoiar e monitorar ao aleitamento materno sob livre demanda, proporcionando a pega correta.

As puérperas devem ser orientadas que os RNs costumam manter o ritmo a que estavam acostumados na vida intrauterina nos primeiros dias de vida. Desta forma, os RNs que costumavam ser mais ativos à noite, necessitarão de alguns dias para se adaptarem ao ciclo dia/noite fora do útero.

O banho de aspersão no recém-nascido (apenas com água) deverá ser realizado no dia seguinte ao nascimento, na presença dos pais, fornecendo a eles orientações sobre os cuidados com RN, troca de fraldas, cuidados com coto umbilical e aleitamento materno exclusivo.

O RN deve receber a vacina contra a Hepatite B até 72 horas de vida.

O exame físico é realizado diariamente pela equipe de enfermagem e médico pediatra. Na eventual verificação de alguma anormalidade, a mesma é explicada aos pais e, se necessário, exames complementares são realizados. No caso de RN que desenvolve icterícia com necessidade de tratamento, a fototerapia é realizada no quarto de alojamento conjunto, permanecendo o RN ao lado da mãe. Exceção ocorre em casos de hiperbilirrubinemia grave, com níveis próximos à indicação de exsangüineotransfusão, quando o RN é transferido à Unidade de Internação Neonatal, após concordância dos pais.

O teste do reflexo vermelho (**Teste do Olhinho**) que tem como objetivo a investigação de doenças que causam perda da transparência dos meios oculares, tais como catarata (alteração da transparência do cristalino), glaucoma (pode causar consequentemente alteração da transparência da córnea), toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação) e retinoblastoma (alteração da coloração da retina pelo tumor intraocular).

Deve ser realizado pelo médico durante o primeiro exame físico do bebê, preferencialmente antes das 12 horas de vida. Utiliza-se um oftalmoscópio direto, a 30 cm do olho do paciente, em sala escurecida. Quando o foco de luz do oftalmoscópio estiver diretamente alinhado a pupila da criança, esse refletirá um brilho de cor laranja-avermelhado. Quando há opacidades de meios (doença ocular), não é possível observar o reflexo, ou sua qualidade é ruim. Deve-se fazer um olho de cada vez, comparando os reflexos de ambos os olhos. Não há necessidade de colírios para dilatar ou anestesiarem os olhos. Em caso de reflexo ausente, assimétrico (um olho diferente do outro), alterado ou suspeito, o paciente deve ser encaminhado ao serviço de oftalmologia com urgência.

A audição do RN é avaliada por fonoaudióloga por meio da triagem auditiva neonatal (Teste da Orelhinha), preferencialmente nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida. É realizado através do teste de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) ou Peate-Automático ou em modo triagem, esse exame tem como o objetivo de detectar precocemente problemas auditivos congênitos ou adquiridos no período peri-natal. No caso de falha no reteste, os neonatos e lactentes devem ser encaminhados imediatamente para avaliação diagnóstica otorrinolaringológica e se estabelecido o topodiagnóstico (local da lesão) e o grau de perda auditiva, a criança deverá ser submetida, ao processo de habilitação, adaptando-se o aparelho auditivo até o 6º mês de vida.

A oximetria de pulso (**Teste do Coraçãozinho**) que tem como objetivo a investigação das Cardiopatias Congênitas Críticas (CCC), deve ser realizada por profissional habilitado na técnica de aferição de oximetria de pulso, entre 24 a 48 horas de vida do RN, sempre antes da alta hospitalar. Ao constatar exame alterado deve-se solicitar o parecer do cardiologista e ou a realização do ecocardiograma, não dar alta até esclarecimento diagnóstico.

Após 48 horas de vida, deverá ser coletada a triagem biológica (**Teste do Pezinho**) e orientado os pais quanto ao acesso do resultado, com a senha contida no comprovante de coleta por meio do acesso ao site da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE): www.fepe.org.br. O teste deve ser realizado sempre antes da alta, mesmo que essa ocorra antes de 48h de vida, nessas situações deverá ser realizado o reteste na APS entre 48h e 5 dias de vida do RN.

Os Testes de Triagem Neonatal são de cunho obrigatório e de extrema importância. A partir deles é possível realizar o diagnóstico precoce de doenças e tratamento adequado, proporcionando melhor qualidade de vida as crianças, evitando, desta forma, deficiências e morte prematura. Sua realização e resultados devem ser inseridos no sistema de monitoramento da triagem neonatal.

Na alta

Observar se a Carteira de Saúde da Criança foi preenchida adequadamente pelo profissional que atendeu o RN, com as condições de parto e nascimento. Deve-se explicar o conteúdo da carteira para os pais.

Conferir se a Declaração de Nascido Vivo (DNV) está preenchida sem rasuras. A via de cor amarela deve ser destacada do bloco e entregue aos pais. Caso contenha rasuras, o enfermeiro deverá fazer uma retificação no verso com carimbo e assinatura do mesmo.

A equipe do alojamento conjunto deve fornecer as orientações no momento da alta, orientando o retorno à Unidade Básica de Saúde em até dez dias de vida, preferencialmente na primeira semana de vida para acompanhamento da criança e/ou outra orientação específica quando indicado.

Quando o RN permanecer hospitalizado na Unidade de Internação Neonatal, depois da alta materna, as orientações serão fornecidas à família de acordo com as condições e evolução clínica da criança.

REFERÊNCIAS

AKABAME N. H., BRIZON V.S.C., PEREIRA A.C., PADILHA E.Z. Avaliação da auto percepção da saúde bucal das gestantes: Revisão de literatura. Publ. UEPG – Ciências Biológicas Saúde Ponta Grossa, v.25 nº 1 pg-19-27, jan-jun,2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2013c. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6>>

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: Brasília, 2013a, p.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068 de 21 de outubro de 2016. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 64 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b. 426 p. : il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 84 p. : il. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_assistencia_gestante.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS, TABNET. <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em 15/01/2022.]

FEBRASGO. Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. Protocolos Febrasgo – Obstetrícia n. 21, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-obstetricia.pdf/Aborto-Classificacao-diagnostico-e-conduta.pdf>

FILIPPI, V.; CHOU, D.; BARREIX, M.; SAY, L. et al. A new conceptual framework for maternal morbidity. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 141, n. S1, p. 4-9, 2018/05/01 2018. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12463>>.

GRAHAM, W. et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. Lancet, v. 388, n. 10056, p. 2164-2175, Oct 29 2016. ISSN 0140-6736. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616315331?via%3Dihub>>.

HARRIS, P. A.; TAYLOR, R.; THIELKE, R.; PAYNE, J. et al. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. Journal of Biomedical Informatics, 42, n. 2, p. 377-381, 2009/04/01/ 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046408001226?via%3Dihub>>.

KOMIYAMA H.C. Atenção à gestante em radiologia odontológica nos serviços públicos de municípios do sul do Estado de Mato Grosso do Sul. Campo Grande. 2013

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. D. L.; SILVA, A. A. M. D.; CAMPOS, D. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Pública, 30, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 mar. 2020.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. DOI<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolida-

ção da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MOIMAZ S.A.S., ROCHA N.B., SALIBA O., GARBIN C.A.S., O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2007; jan- abr; 19(1): 39-45

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Avaliação da Qualidade do Cuidado nas Complicações Graves da Gestação: A Abordagem do Near Miss da OMS para a Saúde Materna. Uruguay. OMS; 2011..

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Linha Guia de Saúde Bucal. 3ª edição. (ainda será publicada)
PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Linha-guia da Rede Mãe Paranaense - 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Curitiba: 2020.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. PLANIFICASUS: Guia da Etapa 1 - Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2021. 40 p.: il.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Soc. Sci. Med. 1994; 38:1091-110. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8042057>>.

VASCONCELOS R.G, et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. Revista Brasileira de Odontologia. Rio de Janeiro. 2012.

