

RESOLUÇÃO Nº 019/2023

A Comissão Intergestores Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº. 219/2012 de 06/08/2012.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha.

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES nº 162/2011, de 20 de outubro de 2011, aprovando por "Ad Referendum", a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cegonha.

Considerando a Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Ministério da Saúde de 2019.

Considerando o Ofício da SMS de Mimoso do Sul nº 276/2023 que solicita aprovação do seu Protocolo de Atenção a Gestante.

Considerando o Parecer Técnico favorável emitido pela Referência Técnica da RAMI-SUL.

Considerando o Parecer Técnico favorável emitido pela Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL.

Considerando a pactuação realizada na 4ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional – CIR-SUL, realizada no dia 18 de maio de 2023, que assim deliberou.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Protocolo de Atendimento a Gestação, Parto e Puerpério do município de Mimoso do Sul -ES.

Art. 2º - Encaminhar à CIB/SUS-ES, para conhecimento e homologação.

Art. 3º - Estabelecer que esta Resolução entre em vigor na data da sua publicação e revogam-se as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 18 de maio de 2023.

Eliédson Vicente Morini

Secretário Municipal de Mimoso do Sul - ES
Coordenador da CIR-SUL

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

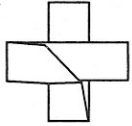
ELIEDSON VICENTE MORINI
CIDADÃO
assinado em 26/05/2023 12:21:05 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 26/05/2023 12:21:05 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por KETSA REIS DOS SANTOS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DT - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-86D8ZP>



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FLS. Nº _____

PROC. Nº _____

RUBRICA

Parecer Técnico nº 011/2023

Cachoeira de Itap., 11/05/2023

A Câmara Técnica da CIR-Sul, em sua 4ª reunião ordinária, na presente data, emite parecer favorável à aprovação do Protocolo Municipal de Atendimento à Gestante e à Puérpera, do Município de Plimoso do Sul.

Leuataz

ela

Plimoso do Sul

Caro

Plimoso do Sul

Plimoso do Sul

Parecer Técnico

Parecer

Maya Molica Pedrote



PARECER TÉCNICO

Parecer Técnico RAMI-SUL nº 05/2023

Em atenção ao Ofício SMS Mimoso do Sul nº 276/2023, no qual solicita aprovação do Colegiado Intergestor Regional SUL - CIR-SUL, referente ao Protocolo de Atendimento a Gestante e Puérpera do município de Mimoso do Sul, e ainda

Considerando a Nota Técnica do CONASS para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na atenção ambulatorial especializada, SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO, Ministério da Saúde, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019.

Considerando a Nota Técnica RAMI-SUL 01/2020, de Atenção a Gestante.

Considerando a necessidade de os municípios organizarem os atendimentos relacionados a Rede de Atenção Materna e Infantil no que tange o Planejamento Familiar, Gestação, Parto, Puerpério, Abortamento e Atendimento a Criança até os dois anos de vida.

A Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul de Saúde – RAMI-SUL entendendo a importância de organizar a assistência aos usuários procede ao **Parecer Técnico favorável** do Protocolo apresentado.

Cachoeiro de Itapemirim, 09 de maio de 2023.

Bruna Celis Marin Lovatte
Assistente Social
CPF Profissional: 3552391 / 00001

Bruna Celis Marin Lovatte
Assistente Social

Referência Técnica da
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde – RAMI SUL



PREFEITURA MUNICIPAL DE MIMOSO DO SUL-ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OFICIO PMMS/SEMUS Nº. 276/2023

Mimoso do Sul, 08 de maio de 2023

A Secretária Executiva da CIR
Cachoeiro de Itapemirim-ES

Prezada Senhora:

Venho através deste solicitar pauta para apresentação do Protocolo Municipal de Atendimento a Gestante e Puérpera, para próxima reunião da Câmara Técnica e posteriormente a da Cir-Sul.

Respeitosamente,

Eliedson Vicente Morini
Secretário Municipal de Saúde

Eliedson Vicente Morini
Secretário Municipal de Saúde
Port.: 006/2021



ESTADODOESPÍRITOSANTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIMOSO DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO MUNICIPAL ATENDIMENTO A GESTANTE E PUÉRPERA

Mimoso do Sul/ES

2023

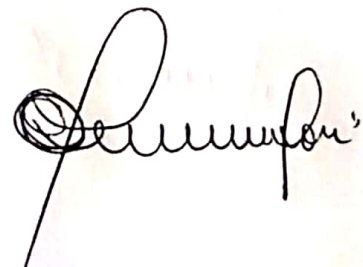
A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'P' followed by several loops and a final vertical stroke.

FLUXOGRAMA GESTANTES

- A porta de entrada será a Estratégia de Saúde da Família através da visita domiciliar identificando essa gestante até a 12ª semana, onde realiza o cadastro e marca a primeira consulta na Unidade, ou através da própria gestante procurando a Estratégia.
- O primeiro atendimento será na Estratégia de Saúde da Família, onde serão realizados os testes rápidos: HIV, SÍFILIS, HEPATITE B/C, avaliação do cartão de vacina, atendimento odontológico, solicitação do pedido do primeiro Kit Gestante (exame laboratorial: sangue e urina); e pedido da primeira ultrassonografia.
- Gestante de baixo risco, mantém o pré-natal na Estratégia, gestantes de alto risco, serão encaminhadas ao Centro Integrado de Assistência a Mulher para realizar o pré-natal unido a Estratégia de Saúde da Família, sendo as consultas realizadas de forma alternada, uma vez no Centro Integrado de Assistência a Mulher e uma vez na Estratégia de Saúde da Família, ou de acordo com a orientação do Obstetra. Seguindo o seguinte cronograma:
 - Até a 12ª semana deve ocorrer a primeira consulta;
 - Até a 28ª semana as consultas são mensais;
 - De 28 a 36 semanas – as consultas são quinzenais;
 - De 36 a 41 semanas – as consultas serão quinzenais.

A partir da 28ª semana será realizada a visita pela gestante, acompanhado de profissional da Secretaria Municipal de Saúde, na Maternidade do Hifa, de acordo com o cronograma pré-estabelecido.

PARAMETRIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO E PUERPÉRIO	
Cuidado	Recomendado
Pré-Natal	• Atendimentos mensais até a 28ª semana; • Atendimentos quinzenais da 28ª até a 36ª semana; • Atendimentos semanais da 36ª semana até o parto e nascimento.
Puerpério	• Primeira consulta: até o 7º dia pós-parto (Preferencialmente no 5º dia, por ser o momento mais oportuno para a realização do Teste do Pezinho); • Segunda consulta: entre o 30º e 40º dias pós-parto

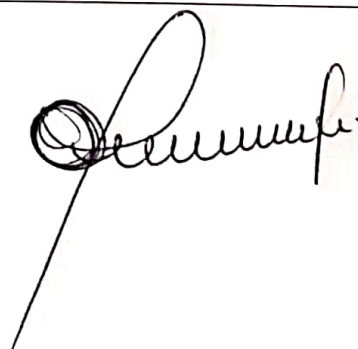


FLUXOGRAMA TRANSPORTE

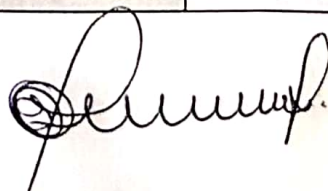
Em situações de urgências e emergências obstétricas ou trabalho de parto, a gestante pode ir diretamente ao Hospital Apóstolo Pedro onde será atendida e encaminhada ao Hifa de acordo com avaliação médica. Ou a gestante pode acionar o SAMU em sua própria residência, o SAMU levará a gestante ao HAP para avaliação e sendo necessário fará o transporte até o Hifa.

Em casos eletivos para atendimento a gestante de avaliação ou necessidade de agendamento de parto cesáreo (com indicação médica), a gestante será agendada pelo transporte sanitário da Secretaria Municipal de Saúde.

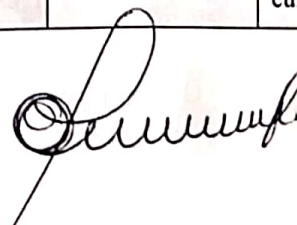
Risco Gestacional	Pré-Natal	Maternidade de Referência
Risco Habitual	UBS	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA
Alto Risco	UBS + Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco Municipal + Serviço de Medicina Fetal e/ou especializado (Quando for o caso)	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA



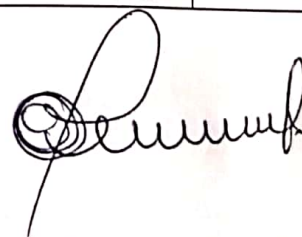
Exames	QUANDO SOLICITAR				Resultado	Interpretação e Conduta
	1º Tri	2º Tri	3º Tri	Observação		
Tipagem sanguínea (ABO e Rh)	X			O fator Rh negativo indica a prevenção e o rastreamento da isoimunização materna e doença hemolítica fetal	Rh negativo	Solicitar Coombs indireto
					Rh positivo	Orientação sobre a ausência de riscos para o bebê
Coombs indireto	X			Detecta a presença de anticorpos anti-Rh (quando Rh negativo), indicando possível doença hemolítica fetal	Coombs indireto negativo	- Repetir mensalmente a partir de 24 semanas de IG - Programar junto à maternidade imunoglobulina anti-D em até 72 horas pós-parto ou interrupção da gestação
					Coombs indireto positivo	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Hemograma Completo	X	X	X	A anemia gestacional está relacionada a abortamento espontâneo, parto prematuro, hemorragia durante o trabalho de parto, hipóxia, recém-nascido de baixo peso, anemia para o recém-nascido e baixa na imunidade.	Hb ≥ 11 g/dL ► ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana de gestação
					Hb 8-11 g/dL ► anemia leve à moderada	- Investigar e tratar parasitoses intestinais (Realizar Exame de Fezes para diagnóstico e novamente após tratamento para controle da cura) - Realizar tratamento e controle de cura



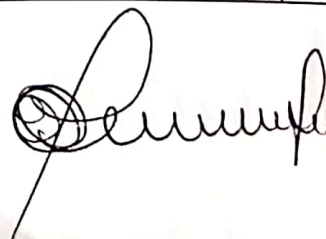
						da anemia de acordo com as diretrizes clínicas
					Hb <8g/dL ► anemia grave	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Eletroforese de hemoglobina	X			A gravidez é uma situação potencialmente grave para usuárias com doença falciforme, assim como para o feto e o recém-nascido. Os efeitos na gravidez: podem ter aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, além de complicações respiratórias e digestivas.	Hb AA ► padrão normal	Não há necessidade de encaminhamento ou orientações especiais
					Hb A com qualquer variante ► gestante sem doença falciforme	
					Hb AS ► traço falciforme	Não há necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco. Investigar a possibilidade de o pai da criança ter o traço falciforme e orientar sobre os cuidados com o recém-nascido
Glicemia de jejum	X	X	X	A hiperglicemia materna, em qualquer das formas de diabetes na gravidez, está associada a um aumento de	Hb SS, HbSC, Hb Sβ+ tal, Hb Sβ0tal ou Hb SD Punjab ► doença falciforme	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					<92mg/dL ► exame normal	Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o



				complicações fetais e neonatais (macrossomia fetal, prematuridade, morte intrauterina, hipoglicemia e disfunção respiratória neonatal) e na gestante (hipertensão, pré-eclâmpsia, elevação de índices de cesariana)		pré-natal de alto risco Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes Atenção para gestantes com fatores de risco para diabetes
					92-125mg/dL ► exame alterado	Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					≥ 126 mg/dL ► exame alterado	Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o



						Pré-natal de alto risco Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Teste oral de tolerância para glicose (glicemia de jejum e 1 e 2 horas após - 75g de dextrosol) Preferencialmente entre 24ª e 28ª semana		X	X (conforme avaliação médica de necessidade)		Diagnóstico prévio de diabetes mellitus	Não realizar TOTG
					Jejum <92mg/dL e 1 hora <180mg/dL e 2 horas <153mg/dL	Se exames anteriores normais: ausência de diabetes ► manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes
					Jejum 92-125mg/dL ou 1 hora ≥180mg/dL ou 2 horas ≥153-199mg/dL	Diabetes mellitus gestacional ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					Jejum ≥126mg/dL ou 2 horas ≥200mg/dL	Diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco



Teste rápido para sífilis (ou outro teste treponêmico) e VDRL (ou outro teste não treponêmico)	X	X	A sífilis materna é uma doença com risco de complicações para a mulher e de transmissão vertical e repercussão importante para o feto: abortamento, baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênitas e óbito perinatal	Teste rápido não reagente e VDRL não reagente	Se primeiro exame for não reagente e ausência de suspeita clínica de sífilis ou se os dois testes forem não reagentes: ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias
				Teste rápido reagente e VDRL reagente	Se primeiro exame for reagente, coletar amostra para o segundo exame e iniciar o tratamento Se segundo exame reagente:

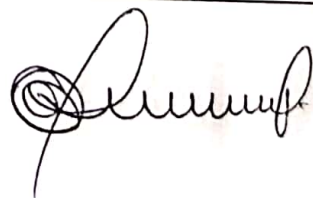
1. ACESSO AO PRÉ-NATAL



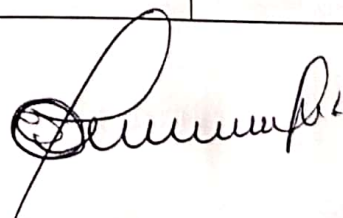
					diagnóstico de sífilis ► notificação, conclusão do tratamento, controle de cura (VDRL mensal) e programação para investigação de sífilis congênita no neonato Se segundo exame não reagente: ver combinações seguintes Avaliação da parceria sexual Consultar as diretrizes para protocolo de controle de cura e vigilância de reinfeção
				Teste rápido reagente e VDRL reagente	Se primeiro exame for reagente, coletar amostra para o segundo exame e iniciar o tratamento Se segundo exame reagente: diagnóstico de sífilis ► notificação, conclusão do tratamento, controle de cura (VDRL mensal) e



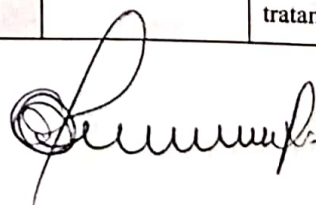
					programação para investigação de sífilis congênita no neonato Se segundo exame não reagente: ver combinações seguintes Avaliação da parceria sexual ► Consultar as diretrizes para protocolo de controle de cura e vigilância de reinfecção
				VDRL reagente e teste rápido não reagente	Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4 Se titulação > 1:4, realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado avaliar resultado, história de tratamento anterior, titulação dos resultados anteriores, avaliação clínica



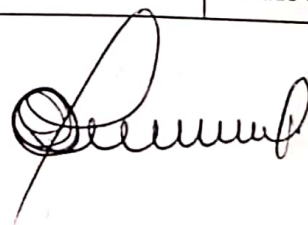
						► concluir se cicatriz sorológica ou infecção aguda
Teste rápido para HIV ou sorologia anti-HIV	X		X	A mulher infectada com o vírus HIV tem riscos para desenvolvimento da doença e de transmissão vertical, com repercussões para o bebê	Negativo	Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto
					Positivo	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco e/ou Serviços de Referência para DST/AIDS
Toxoplasmose - IgM e IgG	X	X (se IgG não reagente)	X (se IgG não reagente)	A toxoplasmose é uma doença que pode cursar de maneira assintomática para a gestante, mas ser transmitida verticalmente, com repercussões importantes para o bebê: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações	IgG positivo e IgM negativo gestante com imunidade; com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias
					IgG negativo E IgM negativo gestante suscetível	Orientar medidas de prevenção primária Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto



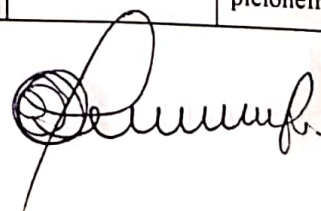
				cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia , erupção cutânea e retardo mental	IgG positivo e IgM positivo infecção aguda ou IgM residual	Solicitar teste de avidéz de IgG (utilizar a mesma amostra) Se alta avidéz e IG < 16 semanas ► é provável que a doença tenha sido adquirida previamente à gestação ► IgM residual Se baixa avidéz e IG < 16 semanas ► existe a possibilidade de a infecção ter sido na gestação iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Se IG > 16 semanas (independente do teste de avidéz) ► infecção aguda ► iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Consultar as diretrizes para informações mais detalhadas sobre investigação e tratamento
--	--	--	--	---	---	--



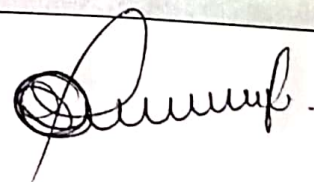
Teste rápido para hepatite B ou sorologia para hepatite B (HbsAg)	X			A hepatite B tem alto potencial de morbidade da doença para a mãe e o feto. Neonatos infectados têm grande probabilidade de se tornarem portadores crônicos e desenvolverem doença hepática ao longo da vida.	Negativo	Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto Vacinação contra hepatite B
					Positivo	Compartilhar o cuidado com o Pré-natal de Alto Risco e/ou Serviços de Referência para DST/AIDS Programação, junto à maternidade de referência, da administração de imunoglobulina e vacinação do recém-nascido imediatamente após o parto
Urina tipo 1 (urina rotina) E Urocultura	X	X	X	A infecção urinária representa risco importante de pielonefrite aguda e está fortemente relacionada à prematuridade	Proteinúria (associada às síndromes hipertensivas da gestação e a doença renal)	“Traços”: repetir o exame em 15 dias; em caso de proteinúria persistente, compartilhar o cuidado com o



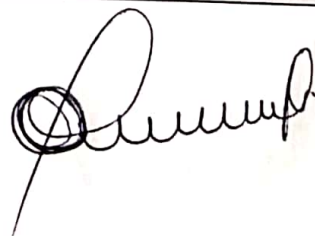
						pré-natal de alto risco “Traços” e hipertensão e/ou edema ou “Maciça”: ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Monitorar o nível pressórico
					Piúria/bacteriúria / leucocitúria (associada à presença de processo inflamatório em qualquer ponto do trato urinário, mais comumente infecção urinária)	Solicitar urocultura e iniciar tratamento empiricamente Se urocultura positiva: ajuste do tratamento de acordo com o antibiograma, conclusão do tratamento e controle de cura Se urocultura negativa: suspender o tratamento, manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes O terceiro episódio de cistite ou o segundo episódio de pielonefrite



						indicam o compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco
					Cilindrúria (associada a lesão renal)	Avaliação clínica e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					Hematúria	Se associada à piúria, considerar hipótese de infecção urinária e seguir conduta específica Se isolada, avaliar sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias ► persistência da hematúria na ausência de sangramento vaginal ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Citopatológico do colo uterino (Papanicolaou)	X				A coleta do Papanicolaou está indicada para as mulheres acima de 25 anos, de acordo com o protocolo de rastreamento do câncer de colo de útero. Pode ser realizado durante toda a gestação, mas, preferencialmente deve ser coletado na primeira avaliação do pré-natal. Se forem identificadas alterações, dar prosseguimento à propedêutica. Caso haja confirmação de lesão cancerígena, avaliar tratamento com a equipe oncológica.	



Ultrassonografia obstétrica	X	Gestação de Risco Habitual	O ideal é realizar os dois exames: - Realizar o primeiro exame entre a 11ª e a 13ª semanas, para datação, avaliação de alteração cromossômica e translucência nuchal (acúmulo excessivo de fluido na nuca do feto) USG Obstétrica; e - Realizar o segundo exame entre a 20ª e a 24ª semanas, para datação com menos erro, para verificar anatomia e desenvolvimento do feto e para diagnosticar e avaliar possíveis doenças, inclusive genéticas (Morfológico). ► Caso seja possível apenas um exame, preferir realizar no segundo trimestre.
		Gestação de Alto Risco	Acrescentar, conforme avaliação médica, um terceiro exame entre a 32ª e a 36ª semanas, para observar os vasos sanguíneos e verificar a velocidade do fluxo de sangue do cordão umbilical e da placenta, de modo que seja possível analisar alguma alteração e diagnosticar alguma doença que possa estar presente (com Doppler)
Observações			
Anti-CMV IgG e IgM	Não há consenso do rastreamento de rotina do CMV no pré-natal, uma vez que o diagnóstico da doença aguda é extremamente difícil. Além disso, grande parte das infecções fetais ocorre por reativação em mulheres previamente expostas e, dessa forma, pacientes com IgG positivo não se isentam		
Anti-HCV (hepatite C)	O rastreamento para o HCV reserva-se às gestantes de risco, que são: as usuárias de drogas injetáveis, presidiárias, mulheres HIV positivas ou com parceiros HIV positivos, mulheres expostas a hemoderivados ou que receberam transfusão de sangue, bem como gestantes com alteração da função hepática, com múltiplos parceiros ou tatuadas.		
Cultura de Streptococcus	35-37 semanas, quando disponível		



O pré-natal tem como objetivo o acompanhamento da gestação, visando assegurar um parto adequado e um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas.

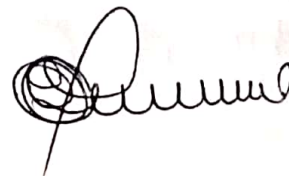
A assistência adequada no pré-natal, com a detecção e a intervenção precoce nas situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de "Vaga Sempre para gestantes e bebês", regulação dos leitos obstétricos, vinculação da gestante à maternidade de referência), além da qualificação da assistência ao parto (humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

A atenção ao pré-natal tem a APS como ordenadora da assistência e atua conforme pressupostos norteadores expressos no Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde, garantindo a realização da estratificação do risco gestacional a cada consulta e a vinculação ao ponto de atenção mais indicado. Cabe ressaltar que durante todo o percurso da gestante pela RAS, se deve manter a vinculação com a Equipe de Saúde da Família - ESF de referência do seu território.

Destaca-se que, independentemente do estrato de risco ou do ponto de atenção em que a gestante for atendida, o acolhimento com escuta qualificada é um pressuposto fundamental da assistência humanizada, baseando-se nos princípios de responsabilidade, integralidade, resolutividade e articulação com os serviços da RAS: "Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes 'internas', 'externas' e multiprofissionais comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e das famílias" (Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, BRASIL, 2014).

As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência. Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos que só podem ser solucionados nos níveis: secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia apropriadas.

A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será mais adequada. Como exemplo, uma gestante tabagista que apresente complicações durante a gestação, principalmente em relação à criança, poderá ser manejada no nível primário, por intermédio de medidas educativas que visem à cessação do hábito de fumar. Por outro lado, se essa mesma gestante desenvolve problemas como uma restrição grave do crescimento fetal, deverá ser assistida em um nível mais complexo de assistência.



A divisão em dois estratos de risco gestacional: Risco Habitual e Alto Risco visa estabelecer um gradiente de necessidade de cuidado, diferenciando as gestantes sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, daquelas com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde. Definindo assim os pontos de atenção considerando os princípios de escala, qualidade e acesso, mas obedecendo, antes de tudo, à necessidade de saúde.

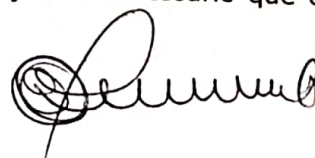
Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros (Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, BRASIL, 2014).

Para uma atuação eficiente da equipe de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde desse público, será utilizada a Estratificação de Risco Gestacional com base em dois estratos de risco bem delimitados atuando como instrumento prático no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada.

A Estratificação do Risco Gestacional é um processo dinâmico em constante análise da condição de saúde da gestante, e deve observar as necessidades assistenciais a todo o tempo da gestação, não apenas no momento das consultas de pré-natal, mas sim a cada intercorrência de forma individualizada para proceder aos tratamentos e encaminhamentos necessários no tempo oportuno. A Equipe de APS precisa manter um canal constante de comunicação com o Agente Vinculador Municipal, que por sua vez precisa estabelecer uma Rede de Atenção Materna e Infantil a nível local, envolvendo a UBS, Pronto Atendimento – PA, Unidade Hospitalar e Maternidades de Referência para conseguir detectar as intercorrências, ou mesmo as necessidades de atenção diferenciadas das gestantes e intervir eficaz e sistemicamente.

Nas situações estratificadas como Alto Risco, deve-se prontamente realizar o compartilhamento da gestante com o serviço de referência para o Pré-Natal de Alto Risco - PNAR. Importante frisar que, em momento algum a gestante deixa de ser assistida pela equipe da APS, mas, em um serviço especializado, a gestante com estrato de alto risco terá acesso a uma condução clínica diferenciada, podendo ser primordial ao desfecho positivo da gestação. Além do compartilhamento com o PNAR, a gestante deve ser referenciada à maternidade de alto risco, que oferece o aparato necessário ao parto, ao nascimento e à assistência neonatal adequada.

Para garantir uma melhor interlocução entre os atores da Rede, inserimos nesta Nota Técnica o Anexo II como recomendação de formulário para o encaminhamento das ESF à Coordenadora Municipal da Rede de Atenção Materna e Infantil, que atua como um Agente Vinculador, para informar todas as gestantes que completam 36 semanas de gestação. É necessário que esta



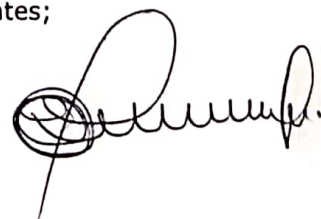
informação seja atualizada semanalmente retirando da lista as gestantes que já realizaram o parto.

Por sua vez a Coordenadora Municipal da Rede faz um copilado com as informações de todas as ESF e encaminha um Mapa de Vinculação da Gestante, conforme recomendado no Anexo IV, para dar ciência a Agente Vinculadora Institucional das maternidades de referência quais possíveis gestantes poderão precisar de atendimento.

Uma das estratégias que a APS deve utilizar para melhorar a vinculação da gestante ao seu ponto de atenção hospitalar, conforme o seu estrato de risco gestacional, é a visita à maternidade preconizado na Portaria de Consolidação nº 03/2017, os hospitais da referência da Rede disponibilizam datas pré-determinadas e as equipes de ESF precisam estimular essa prática. Para resguardar os profissionais quanto a orientação da visita recomendamos o preenchimento do formulário do Anexo III, recolhendo a assinatura da gestante. O Formulário também deverá ser preenchido em caso de recusa da gestante em acessar esse direito.

2.1 Fluxo de atendimento na Atenção Primária à Saúde

- Captação precoce da gestante pela Estratégia de Saúde da Família – ESF do território de referência;
- 1ª Consulta do médico e do enfermeiro, conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde;
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- Preenchimento do Cartão da Gestante;
- Estratificação do Risco Gestacional na 1ª Consulta, e reavaliação em todas as consultas subsequentes, com encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Vinculação da Gestante à Maternidade de Referência de acordo com o seu estrato de Risco Gestacional, com o esclarecimento de que a qualquer momento, a depender de sua condição de saúde, poderá ser referenciada a outro ponto de atenção mais adequado;
- Registro na Caderneta da Gestante, **preferencialmente a lápis** até o segundo trimestre gestacional, da maternidade de referência a qual a gestante estará vinculada;
- Solicitação dos exames preconizados;
- Encaminhamento para as imunizações (Vacinas) preconizadas;
- A gestante será regulada para o PNAR conforme normas existentes;



- Após o atendimento no PNAR a gestante será contra referenciada de volta à sua ESF de referência com orientações de condutas, caso necessário, para dar continuidade ao acompanhamento do pré-natal;
- Cabe ressaltar que o acompanhamento do pré-natal é de responsabilidade da equipe de Estratégia de Saúde da Família = ESF do território de referência da gestante, independentemente de sua condição de risco e do acompanhamento no PNAR;
- A gestante não recebe a chamada "alta do pré-natal", ou seja, a falta de acompanhamento ambulatorial no final da gestação, pois esse é o momento com maior probabilidade de intercorrências obstétricas;
- O acompanhamento da gestante deve acontecer até o momento do encaminhamento à maternidade para a realização do parto ou abortamento, e após a alta hospitalar a mulher deve ser contra referenciada para a ESF de referência de seu território;
- Para resguardar a gestante o médico da ESF de referência responsável pelo pré-natal da gestante poderá, a partir da 36 semana de gestação fornecer a gestante um encaminhamento prévio à maternidade de referência, conforme recomendação de formulário no Anexo VI, e reavaliar sua conduta nos atendimentos semanais subsequentes;
- Atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da "Primeira Semana de Saúde Integral" e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto.

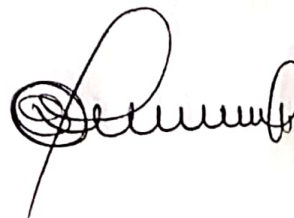
Observação: Nos casos de doenças pré-existentes o médico da ESF deverá referenciar também ao médico especialista da área agravada, caso a gestante não faça acompanhamento regular com o especialista antes da gestação, com o objetivo de agilizar o acesso da gestante ao especialista, para que o acompanhamento seja feito concomitante com o pré-natal.

2.2 Descritivo das Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis e a importância de sua observação pela APS

Idade Materna:

A idade materna mais elevada é hoje uma preocupação obstétrica quanto aos resultados maternos e perinatais. Não está estabelecido, entre os autores, o limite de idade a partir do qual os riscos maternos e perinatais se elevam. Alguns autores utilizam o limite de 35 anos de idade e outros utilizam 40 anos, ou ainda 45 anos.

Algumas doenças crônicas ocorrem em grupos populacionais com maior idade, observando-se, com certa frequência, a presença de hipertensão arterial e diabetes mellitus nas gestantes com idade avançada. Encontramos também maior incidência de abortamentos do primeiro trimestre de gestação, anomalias gênicas, mortalidade materna, gestação múltipla, diabetes gestacional e pré-eclampsia complicada com síndrome HELLP.



A maior prevalência de intercorrências médicas e obstétricas no ciclo grávido-puerperal da gestante acima de 40 anos, impõe assistência pré-natal específica, sendo o caráter preventivo fundamental para essas gestantes.

Altura da Mãe:

De acordo com cientistas americanos, em um estudo comandado pelo Centro de Pesquisa em Prematuridade March of Dimes, de Ohio, nos Estados Unidos, a altura da mãe pode influenciar no tempo de gestação, com risco de parto prematuro. Não é porque uma mulher é baixinha que o filho dela vai nascer pequeno. Mas o tamanho da mãe pode sim influenciar na duração da gestação e o crescimento do feto precisa ser observado com atenção para se estabelecer um coeficiente em relação ao tamanho da gestante.

Situação Familiar:

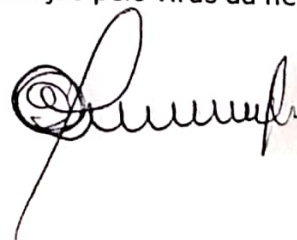
Não podemos perder de vista que a condição de gestante é gerada em uma mulher, que é um ser dinâmico dentro de contexto social, que vive e se relaciona. Na observação dessa mulher diante da condição crônica de gestar, precisamos estar atentos em qual circunstância se deu a gestação, qual a sua condição social, cultural, familiar habitacional e financeira, se existe ou não uma condição conjugal e como esta se dá, se existe Rede de Apoio estabelecida ou possível de se forma e estabelecer, enfim proporcionar uma escuta qualificada para dar conta de orientar e proceder aos encaminhamentos necessários aos outros atores institucionais existentes para dar o amparo e suporte necessários. Diante de todas as observações feitas estabelecer junto a equipe da ESF uma linha de cuidado que esteja atenta em como essas circunstâncias podem influenciar no estabelecimento de algum risco gestacional.

Agentes Teratogênicos:

Qualquer substância que possa vir a causar alguma alteração no embrião/feto. São considerados teratógenos qualquer substância físicas, químicas ou biológicas que podem causar alguma alteração na formação fetal, sendo sutil ou mais grave. Como exemplo de agente físico, pode-se citar a radiação iônica; de agentes biológicos, a toxoplasmose, a sífilis e o ZIKA vírus; de agentes químicos, medicamentos como talidomida e aspirina ou drogas, como álcool, maconha e cocaína.

1. Riscos físicos. Os choques, certos movimentos e posturas, vibrações e ruídos, radiações, temperaturas extremas, fadiga mental e física, são algumas situações que podem afetar a gestante no seu posto de trabalho, principalmente se ela é enfermeira, dentista ou trabalhadora do setor industrial ou da construção.

2. Riscos biológicos. As grávidas que se dedicam aos cuidados de crianças ou que trabalham no setor sanitário e veterinário podem estar expostas aos riscos de infecção pelo vírus da hepatite B, rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose, herpes e sífilis.



3. Riscos químicos. Grávidas que têm ocupações agrícolas, que sejam profissionais sanitárias e artesanais, que têm contato com substâncias como ácidos, gases, praguicidas, solventes, vernizes e pinturas, metais e outros elementos tóxicos, sofrem alto risco para a sua saúde.

4. Riscos ambientais. Os riscos ambientais afetam especialmente as mulheres que trabalham em ambientes com atmosferas modificadas como é o caso das comissárias de bordo, especialmente as que trabalham de dia e de noite.

5. Riscos psicossociais. As mulheres que trabalham num ambiente de muito estresse laboral e durante muitas horas, inclusive que ocupem um posto de trabalho solitário, podem sofrer de riscos psicossociais. O estresse, a ansiedade e a depressão podem colocar em risco sua gravidez.

6. Riscos ergonômicos. Trabalhar sempre em pé ou sempre sentada ou em posturas constantes e forçadas pode apresentar um risco para a gravidez.

As consequências dos riscos laborais para a grávida

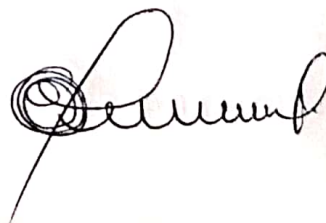
- Risco de aborto precoce e tardio
- Risco de parto prematuro
- Risco de baixo peso do recém-nascido
- Risco de múltiplas malformações fetais
- Risco de alteração no estado de saúde materna
- Risco de morte fetal

Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas:

No que diz respeito às drogas legais, seu consumo deve ser suspenso, inclusive, se possível, antes da gravidez. A xantina, café, mate, etc., consumidas em qualquer quantidade, acarretariam menor peso ao bebê e maiores riscos de parto prematuro. O tabaco provoca mudanças na gestação, principalmente ao nascer, como parto prematuro e complicações no parto.

O álcool deve ser suspenso por riscos de más-formações de distintas identidades e quantidades, aborto, complicações na gestação e no parto. O álcool é o principal teratôgeno (gerador de má-formação) conhecido. Os efeitos do álcool não aparecem só na gestação. Durante a amamentação, a mulher também deve ficar longe de bebidas alcoólicas. Beber nesta fase pode deixar a criança sonolenta, sem conseguir mamar direito e com baixo peso e crescimento afetado. A bebida alcoólica é responsável pela Síndrome Alcoólica Fetal, que causa má-formação no feto. A criança nasce com nariz achatado, pálpebras pequenas, sem prega nasal, lábio superior muito fino e orelhas baixas. Além disso, o álcool acarreta problemas neurológicos, como déficit de atenção e hiperatividade. Os bebês nascem muito irritados, choram sem parar e chegam a tremer quando ouvem barulho.

Os solventes, que também são bastante usados porque são baratos, causam alteração no crescimento durante a gravidez. O bebê nasce com a fenda palpebral mais estreita e lábio superior mais fino.



A maconha atravessa a barreira da placenta e chega ao feto. Esta substância demonstrou provocar alterações no desenvolvimento psicoafetivo, ainda que outros efeitos possíveis não tenham sido confirmados.

A cocaína produz retardamento intelectual, más-formações de distintos tipos e síndrome de abstinência de cocaína ao recém-nascido. Além de expor o feto às substâncias por meio da vasodilatação, ou seja, pela dilatação dos vasos sanguíneos e o consequente aumento da pressão intravascular.

Hipertensão:

Considera-se que mulheres gestantes têm hipertensão crônica (CHTN) se:

- Hipertensão estava presente antes da gestação, ou
- Hipertensão se desenvolve antes de 20 semanas de gestação.

A hipertensão é definida como PA sistólica > 140 mmHg ou PA diastólica > 90 mmHg em duas ocasiões com intervalos > 24 h.

A hipertensão aumenta os seguintes riscos:

- Restrição do crescimento fetal (diminuindo o fluxo sanguíneo entre o útero e a placenta)
- Resultados maternos e fetais adversos

Diabetes Mellitus:

Ocorre em $\geq 6\%$ das gestações e diabetes gestacional ocorre em cerca de 8,5% das gestações, e a incidência está aumentando à medida que a obesidade aumenta.

Diabetes preexistente dependente de insulina aumenta os seguintes riscos:

- Pielonefrite
- Cetoacidose
- Pré-eclâmpsia
- Morte fetal
- Malformações fetais importantes
- Macrosomia fetal (peso fetal $> 4,5$ kg)
- Se houver vasculopatia, restrição do crescimento fetal

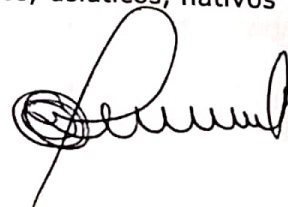
As necessidades de insulina geralmente aumentam na gestação.

Diabetes gestacional aumenta os seguintes riscos

- Distúrbios hipertensivos
- Macrosomia fetal
- Necessidade de cesariana

O diabetes gestacional é geralmente rastreado com 24 a 28 semanas e, se a paciente apresentar fatores de risco, durante o primeiro trimestre. Os fatores de risco incluem:

- Diabetes gestacional prévio
- Bebê macrosômico em uma gestação anterior
- Histórico familiar de diabetes não dependente de insulina
- Perdas fetais inexplicáveis
- Índice de massa corporal (IMC) > 30 kg/m²
- Certas etnias (p. ex., mexicanos americanos, indianos americanos, asiáticos, nativos das Ilhas do Pacífico) nas quais o diabetes é prevalente.



2. ATENDIMENTO ÀS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS OBSTÉTRICAS PARA ALÉM DO MOMENTO DO PARTO

A gestação é um processo fisiológico e pode se desenvolver dentro da normalidade, contudo, podem ocorrer eventos como o aborto ou agravo de doenças pré-existentes e levar a mulher a uma condição de risco potencial de adoecimento ou morte. Mesmo durante o processo de parto e puerpério esses riscos continuam evidenciados, esses eventos agudos são chamados de Intercorrências Clínicas Obstétricas, podendo ocorrer de forma gradual ou repentina, previsível ou não, em qualquer período gestacional.

As Intercorrências Clínicas Obstétricas, na maioria das vezes podem e devem ser tratadas a nível ambulatorial. Mas, ocorrem situações que por não tratamento, tratamento inadequado ou falta de resposta imunológica ao tratamento ambulatorial, algumas gestantes necessitem de atendimento hospitalar para avaliar, tratar, estabilizar ou controlar algum quadro clínico específico de urgência ou emergência, por complicações, por exemplo, da diabetes, hipertensão, sangramentos, infecções urinárias, etc.

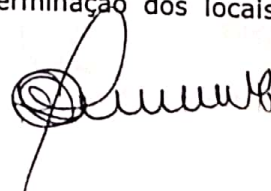
Essas intercorrências que necessitam de internação na modalidade hospitalar, para tratamentos que requerem acesso venoso, controle laboratorial e exames de imagem, não podem ser negligenciadas, principalmente se tratando das gestantes com estrato de alto risco gestacional, independente do motivo que a levaram a essa condição.

Nesses casos, as gestantes devem ser atendidas no serviço de saúde municipal ou Pronto Atendimento e devidamente tratadas. Em casos específicos quando a urgência for obstétrica encaminhar para a maternidade de referência para o seu estrato de risco gestacional, por meio da Guia de Referência devidamente preenchida. E ser encaminhada após alta hospitalar, mediante Guia de Contra Referência, também devidamente preenchida, ao serviço de saúde municipal para ser acompanhada e monitorada com maior frequência de consultas, favorecendo, assim, o controle e prevenção de novas complicações.

Para garantirmos a qualidade dos atendimentos às intercorrências obstétricas pactuamos no Grupo Condutor da RAMI SUL a notificação de qualquer desassistência ou constrangimento às gestantes que devem ser encaminhadas a Coordenação Regional da Rede para providências. Recomendamos que essas notificações sejam encaminhadas através do formulário do Anexo VII, formalizando e qualificando a queixa.

3. ATENDIMENTO ÀS GESTANTES EM TEMPOS DE PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

É recomendado a todas as gestantes que apresentarem sinais ou sintomas gripais procurarem por atendimento médico em uma unidade de saúde, conforme determinação dos locais de



atendimento vigente em seus territórios. A avaliação dessas gestantes deve sempre levar em consideração a possibilidade do contágio da Covid-19. A investigação diagnóstica segue o protocolo vigente, lembrando que a gestante é classificada como grupo prioritário para o diagnóstico da Covid-19.

E o tratamento da gestante com Covid-19 deve considerar a gravidade do quadro clínico materno e a terapêutica deve ficar a critério do médico assistente, em decisão compartilhada com a gestante, observando-se as alterações próprias do período gestacional. Devendo obrigatoriamente ser monitoradas e atendida pela Atenção Primária à Saúde - APS, conforme determina protocolos ministeriais de enfrentamento do Covid-19 e ter suas consultas e exames reagendados em tempo hábil, de modo que não haja prejuízo ao seguimento do pré-natal.

Convém ressaltar que vários estudos buscam estabelecer um tratamento específico para a Covid-19, entre eles os antimaláricos, antibióticos, corticosteroides, antivirais, tocilizumabe, ivermectina, nitazoxanida, plasma de convalescentes de covid-19, heparinas entre outras, mas não existem evidências científicas suficientes para indicação formal de qualquer uma dessas terapias na gestação. Em tempo surgindo algum tratamento específico, seguiremos as condutas em conformidade com os protocolos vigentes à época.

O direito das parturientes a 1 (um) acompanhante, de livre escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato conforme preconiza o Art. 1º da Lei nº 11.108/2005 deverá ser mantido, mesmo durante a pandemia do Novo Coronavírus, exigindo-se apenas que o acompanhante não apresente sinais ou sintomas gripais.

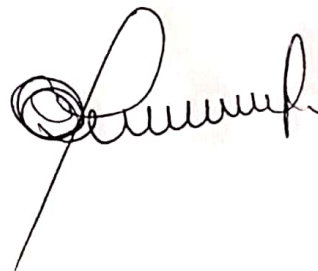
Se a puérpera apresentar sintomas ou for diagnosticada com Covid-19 após a alta da maternidade, ressalta-se que DEVERÁ SER MANTIDA a visita domiciliar do binômio nas primeiras 24h realizada pelo ACS – Agente Comunitário de Saúde, tanto quanto a consulta do 5º dia de vida do recém-nascido, resguardando a segurança de todos conforme as normas vigentes, vinculando estes à Unidade Básica - UBS do seu território.

3.1. Fluxo de Atendimento às gestantes positivas para Covid-19

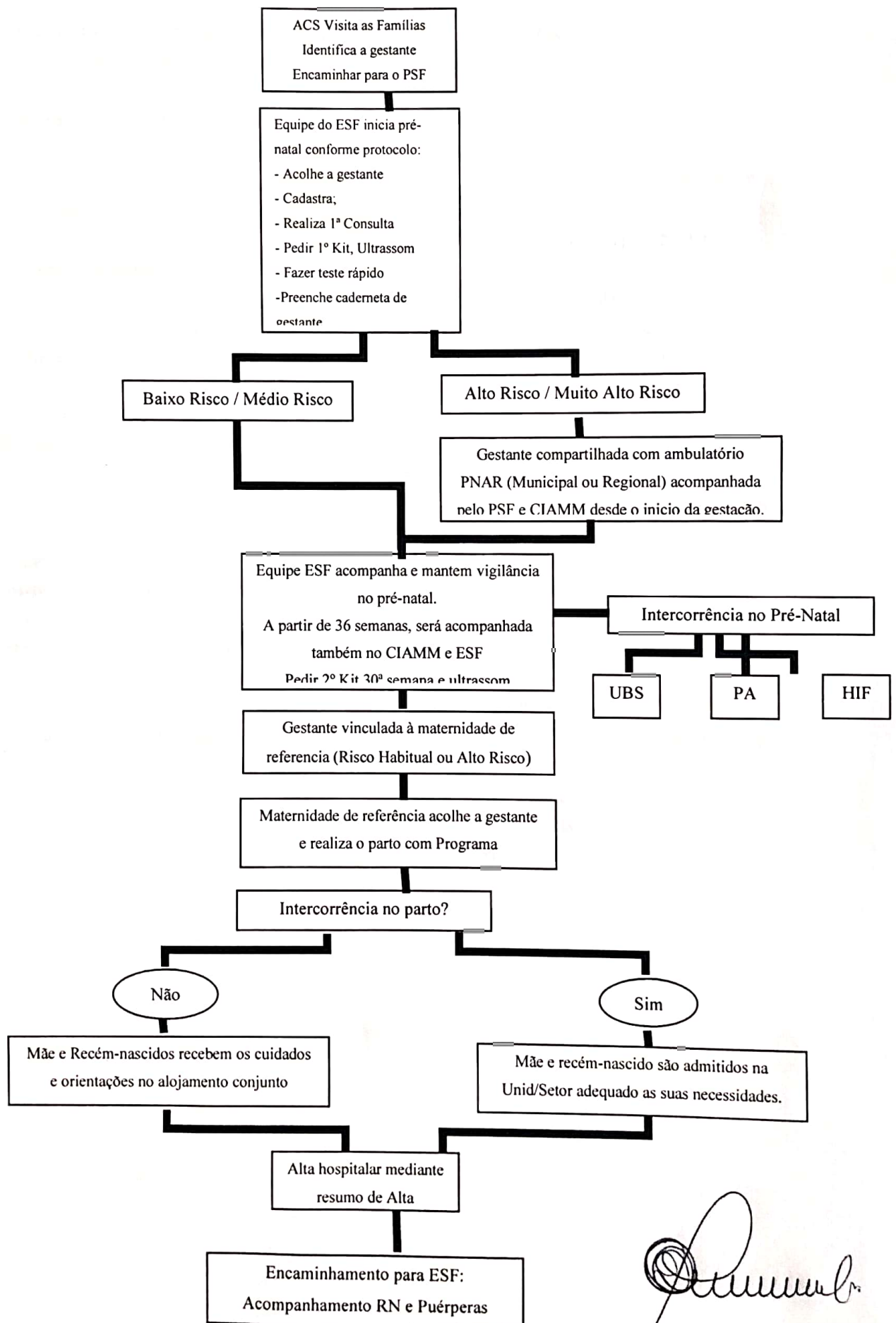
O Grupo Condutor da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul de Saúde pactuou em reunião ordinária o Fluxo de Atendimento às Gestantes específico para esta região de saúde, em consenso com as direções dos hospitais/maternidades de referência da Rede, que o atendimento à gestante positiva ou não para Covid-19 será mantida em seu respectivo ponto de atenção hospitalar, conforme sua estratificação do risco gestacional.



As gestantes com estrato de baixo risco gestacional, nas intercorrências clínicas obstétricas e no momento do parto deverão procurar os hospitais/maternidades de referência para risco habitual. E apenas as gestantes de risco habitual que apresentarem algum desconforto respiratório ou complicações decorrentes da Covid-19 serão reestratificadas, quanto ao seu risco gestacional, e encaminhadas para o hospital/maternidade de referência regional para o alto risco gestacional, local no qual continuará atendendo normalmente as gestantes com estrato de alto risco gestacional.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'S' followed by several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

FLUXOGRAMA :



GLOSSÁRIO

Abortamento habitual - Perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20a semana.

Abortamento em curso ou inevitável - Sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular

Anidrâmnio - Ausência de líquido amniótico

APS - Atenção Primária a Saúde

CIUR - Crescimento Intrauterino Restrito (peso fetal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional).

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DPP - Data Provável do Parto

DUM - Data da Última Menstruação (primeiro dia)

ECG - Eletrocardiograma

Eclâmpsia - Crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia.

Hipertensão arterial crônica - Pressão arterial maior ou igual a 140 mmHg x 90 mmHg antes da 20a semana de gestação

Hipertensão arterial gestacional - Pressão arterial maior ou igual a 140 mmHg x 90 mmHg, diagnosticada após a 20a semana de gestação, na ausência de proteinúria ou sinais de gravidade de pré-eclâmpsia

HELLP - Síndrome laboratorial composta da presença de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia em pacientes com pré-eclâmpsia

ILA - Índice de Líquido Amniótico

IMC - Índice de Massa Corporal

Infertilidade - Ausência de concepção após um ano de relações sexuais regulares sem uso de contracepção.

Insuficiência cervical/Incompetência istmo-cervical - Dilatação cervical indolor no

2o trimestre seguida de expulsão de feto imaturo.

Macrossomia - Peso fetal estimado acima do percentil 90 para a idade gestacional.

Morte perinatal - Morte intraútero com idade gestacional maior ou igual a 20 semanas, ou morte neonatal (até 28 dias).

Obesidade Grau I - IMC 30,0 a 34,9 kg/m²

Obesidade Grau II - IMC 35,0 a 39,9 kg/m²

Obesidade Grau III - IMC $\geq$ 40 kg/m²

Oligodrâmnio - ILA menor que 8 cm associado a CIUR ou bolsão menor que 2cm.

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PAD - Pressão Arterial Diastólica

Placenta prévia - Inserção total/parcial da placenta no segmento inferior do útero após 28 semanas de idade gestacional.

PNAR - Pré-Natal de Alto Risco.

Polidrâmnio - ILA maior que 18 cm ou maior bolsão maior que 8 cm.

Polidrâmnio grave - ILA maior que 35 cm ou maior bolsão maior que 16 cm.

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RN - Recém-Nascido

TR - Teste Rápido

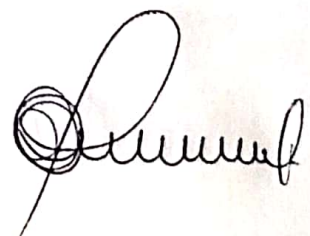
Trabalho de Parto Pré-Termo/Prematuro

- Contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas.

TVP - Trombose Venosa Profunda

US - Ultrassonografia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 320 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html 17.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual Técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. 2015. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Crêterios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema  nico de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS – Volume 1. 1. Planejamento em saúde. 2. Parâmetros Assistenciais. 3. Avaliação em Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Indicadores de Saúde. 6. Indicadores de Gestão.

Brasil. Ministério da Saúde, 1998. 62p. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos / equipe de colaboração: Martha L gia Fajardo... [et al.]. – 3  ed. Brasília: 1. Preparo para o parto e o nascimento humanizado, Bernardo Pedrosa.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gesta o de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



ANEXO I - Estratificação de Risco Gestacional

Nome da Gestante: _____ Idade: _____
 Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade: _____
 Ocupação: _____ Jornada Trab./Dia: _____
 Risco Ocupac.: _____ Data da Última Menstruação (DUM): _____
 Hist. Reprod.: G() A() P() Interv. Interpartal: _____ Tipos de Parto: _____
 Peso Atual: _____ Peso Pré-Gestação: _____ Altura: _____ IMC: _____
 UBS Ref.: _____ Profs. Respons.: _____

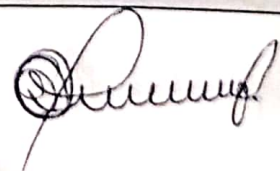
Maternidade de Referência: _____

Observações: _____

AVALIAÇÕES DOS CRITÉRIOS DE RISCO GESTACIONAL

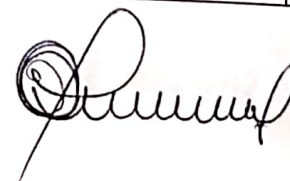
DATA	ESTRATO DE RISCO	NOME / ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL			
RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO	CRITÉRIO DE RISCO
Risco Habitual Obs.: - Fatores de risco que permitem a	APS – Atenção Primária à Saúde	Maternidade de risco habitual	Características de risco gestacional que não demandam Pré-Natal de Alto Risco - PNDAR, mas que necessitam de maior vigilância da Atenção Primária à Saúde – APS (Assinale com "X" os Critérios de Risco Existentes)
			Características Individuais e Condições Sociodemográficas:
			• Idade ≥ 15 anos e maior que 35 anos (≤ 14 anos vide alto risco)
			• Situações Ocupacionais: esforço físico, carga horária excessiva, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse, etc., sem comprometimento fetal
			• Mulher em Situação de Violência (violência física e sexual vide alto risco)
			• Situação Conjugal Insegura OU Não Aceitação da Gestação
			• Baixa Escolaridade (< 5 anos de estudo)
			• Etilista Social e Tabagista ambos sem comprometimento do crescimento fetal
			• Altura Menor que 1,45 m (Crescimento fetal desproporcional ao tamanho da mãe vide alto risco)
			• IMC < 19 OU > 30 à 39 kg/m ² (IMC ≥ 40 kg/m ² vide alto risco)
			• Transtorno Psiquiátrico Leve
			História Reprodutiva Anterior:



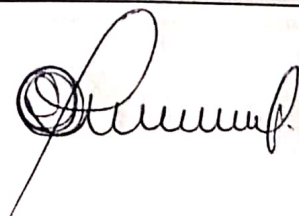
realização do pré-natal pela equipe da APS			• Nuliparidade OU Multiparidade (≥ 5 partos) • Cesáreas Previas OU Cirurgia Uterina Anterior ≥ 2 anos (cesárea com incisão clássica / corporal / longitudinal - vide alto risco) • Intervalo Interpartal < 2 anos OU > 5 anos	
- Reavaliação dos Critérios de Risco a cada Consulta			Intercorrências Clínicas / Obstétricas na Gestação Atual: • Infecção Urinária (≥ 3 episódios sem resposta a tratamentos videm alto risco) • Sífilis comprovadamente/adequadamente tratada • Hipertensão Arterial Compensada (USG c/Doppler sem alteração, sem proteinúria, em uso de metildopa e nifedipino) • Ganho de Peso Inadequado da Gestante • Anemia (com hemoglobina $< 8\text{g/dl}$ vide alto risco) • Placenta Prévia, que evolui para implantação normal, observada por USG • Ameaça de aborto (1º Trimestre), cujo acompanhamento por USG mostra que não há mais descolamento da placenta • Suspeita/Diagnóstico de arbovirose (Dengue, Chikungunya, Febre Amarela, etc.) nos Grupos A E B conforme Protocolo do Ministério da Saúde, com quadro febril e/ou exantemático (Infecção por Zika Vírus vide alto risco)	

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL			
RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO	CRITÉRIOS DE RISCO (Assinale com "X" os Critérios de Risco Existentes)
Alto Risco	APS – Atenção Primária à Saúde + Serviço de Referência para o Pré-Natal de Alto Risco – PNAR + Serviço de Medicina Fetal (quando for o caso)	Maternidade de Alto Risco	Características Individuais e Condições Sociodemográficas: • Idade ≤ 14 anos • Dependência OU Uso Abusivo de Drogas Lícitas ou Ilícitas COM Comprometimento Fetal • Agravos Alimentares OU nutricionais: Obesidade Grau III (IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$), Desnutrição, Carência Nutricional Grave, Transtorno Alimentar (anorexia nervosa, bulimia nervosa, dentre outros)
			Condições Clínicas Prévias à Gestação: • Doença Psiquiátrica Grave que necessite de acompanhamento com especialista (ex.: psicose grave, depressão grave, transtorno afetivo bipolar grave, tentativa de suicídio, histórico familiar de transtorno mental grave, histórico de internação psiquiátrica, depressão pós-parto grave e outras) • Hipertensão Arterial Crônica Descompensada OU com alteração de proteinúria OU com alteração no USG c/Doppler OU PA $> 140/90\text{mmHg}$ antes de 20 semanas de Idade Gestacional – IG • Doenças Genéticas Maternas • Antecedente de Tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar) • Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU Infarto Agudo do Miocárdio • Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC, fibrose cística) • Nefropatias Graves (insuficiência renal, rins policísticos) • Endocrinopatias (Diabetes mellitus, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo) • Doenças Hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopenica idiopática, talassemia, coagulopatias) • Doenças Neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia, tetraplegia e outras) • Doenças Autoimunes (lúpus eritematosos, síndrome antifosfolípide, artrite reumatóide, esclerose múltipla, outras collagenoses) • Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicornes, miomas intramurais com diâmetro $> 5\text{ cm}$ ou múltiplos e miomas submucosos) • Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez • Transplantes • Cirurgia Bariátrica
			História Reprodutiva Anterior • Morte Intrauterina OU Perinatal • Abortamento ≥ 3 episódios explicados OU inexplicados • História Prévia de Insuficiência Cervical / Incompetência Istmo-Cervical • Isoimunização Rh em gestação anterior • Infertilidade Tratada • Cesariana prévia com incisão clássica / corporal / longitudinal • Acretismo Placentário • Síndrome Hemorrágica OU Hipertensiva com desfecho desfavorável materno OU Síndrome HELLP OU Eclampsia OU Parada Cardiorrespiratória OU admissão em UTI durante a internação ou pós parto • Prematuridade
			Intercorrências Clínicas/Obstétricas na gestação Atual • Doença Psiquiátrica Grave que poderá necessitar de acompanhamento com especialista na hora do parto (ex.: psicose grave, depressão grave, transtorno afetivo bipolar grave e outras) • Altura Menor que 1,45 m com crescimento fetal desproporcional ao tamanho da mãe



		• Gestação Resultante de Estupro, em que a mulher optou por não interromper a gestação OU não houve tempo hábil para a sua interrupção legal • Violência Física com comprometimento fetal • Isoimunização Rh • Gestação Múltipla • Hipertensão Arterial Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade OU com alteração de proteinúria OU PA $\geq$ 140/90mmHg antes de 20 semanas de gestação • Diabetes Mellitus (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde - $\geq$ 92mg/dl) • Anemia Grave (hemoglobina $\leq$ 8g/dl) OU não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso OU anemia refrataria a tratamento (em caso de Hb $\leq$ 6 g/dl - vide urgência/emergência) • Infecção Urinária de Repetição ($\geq$ 3 episódios sem resposta a tratamentos) OU Pielonefrite • Hemorragias da Gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência) • Colestase Gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente) • Doenças Infecciosas Ativas (não tratadas ou sem comprovação de tratamento): sífilis; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; HIV/AIDS • Suspeita/Diagnóstico de Infecção pelo Zika Vírus • Câncer: que esteja em tratamento OU que possam repercutir na gravidez • Desvio quanto ao Crescimento Uterino: CIUR, macrosomia, suspeita de CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível • Desvio quanto ao volume do líquido amniótico: Oligodrâmnio OU Polidrâmnio • Suspeita atual de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical • Acretismo placentário OU placenta previa não sangrante • Malformação fetal (fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocoele/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, anencefalia, cardiopatia) OU arritmia cardíaca fetal (Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal) Qualquer patologia clínica que repercute na gestação e/ou necessite de acompanhamento especializado (Especificar)	
--	--	---	--

INTERCORRÊNCIAS		CRITÉRIOS DE RISCO
Urgência e Emergência Obstétrica	Encaminhamento imediato a maternidade de referência conforme o Estrato de Risco Gestacional	• Síndromes Hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta OU placenta prévia com sangramento ativo, independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional) • Sinais e sintomas de abortamento em curso OU inevitável • Crise hipertensiva (PAS $\geq$ 160mmHg OU PAD $\geq$ 110mmHg) • Crise Convulsiva • Isoimunização RH em caso de sangramento em qualquer idade gestacional
	A gestante/puérpera será atendida em suas intercorrências do Pré-Natal, Aborto, Parto e Puerpério na maternidade a qual está referenciada de acordo com o seu Estrato de Risco Gestacional	• Sinais premonitórios de eclâmpsia: anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaleia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia, dor retroesternal, confusão mental • Eclâmpsia OU Síndrome de Hellp • Gestantes com sífilis E alérgica a penicilina (para dessensibilização) OU com suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos • Suspeita/diagnóstico de pielonefrite OU infecção ovular OU Hipertermias na ausência de sinais ou sintomas de IVAS OU outra infecção que necessite de internação hospitalar ou com repercussão sistêmica • Investigação de Prurido Gestacional/Icterícia (com suspeita de Colestase da Gravidez) • Anidrâmnio OU Oligodrâmnio OU Polidrâmnio Grave OU Polidrâmnio Sintomático (dor e dispnéia) • Hemoglobina $\leq$ 8g/dL OU anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispnéia, taquicardia, hipotensão • Trabalho de parto a termo ou pré-termo OU Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas • Dor abdominal intensa OU suspeita / diagnóstico de Abdome Agudo em Gestantes • Suspeita/Diagnóstico de Arbovirose nos Grupos C e D conforme Protocolo do Ministério da Saúde • Suspeita de TVP em Gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente) • Vômitos Incoercíveis não responsivos ao tratamento ambulatorial, com comprometimento sistêmico (hiperêmese gravídica) OU Vômitos Inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional • Vitalidade Fetal Alterada (Perfil Biofísico Fetal $<$ 6; diástole zero em artéria umbilical; cardiotocografia com padrão não tranquilizador; ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas, em gestação $>$ 26 semanas), incluindo suspeita de morte fetal • Diagnóstico Ultra cenográficos de Doença Trofoblástica Gestacional Outras condições clínicas agudas



ANEXO II

ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE PARA O CIAMM

Dados de Identificação da Unidade Básica de Saúde	
Município: _____	Unidade: _____
Área: _____	Microárea: _____
Médico (a): _____	
Enfermeiro (a): _____	
ACS: _____	
Endereço: _____	
Telefones: _____	
Outros meios de contato: _____	

Dados de Identificação da Gestante	
Nome: _____	Data de Nascimento: _____
Nome da Mãe da Gestante: _____	
Endereço Residencial: _____	
Telefone: _____	Outros Contatos: _____
Nº do cartão do SUS: _____	CPF nº: _____
Data da 1ª Consulta de Pré-Natal: _____	
DUM: _____	IG: _____
DPP: _____	

Descrever história clínica:

Data: ____/____/____.
Responsável pelo Encaminhamento (Assinatura e Carimbo):

ANEXO III

TERMO DE CONHECIMENTO E ADESAO

A Lei Federal nº 11.340/2007, garante a gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

Com o intuito de diminuir a ansiedade das futuras mães dos municípios adstritos a Região Sul do ES, comuns ao período de internação para a realização do parto, elaboramos este termo para garantir que todas as gestantes sejam informadas dos seus direitos e se manifestem a respeito da vontade ou não de realizar a visita à sua maternidade de referência, garantindo uma melhor organização das maternidades e dos gestores municipais.

A ideia é familiarizar às gestantes ao ambiente hospitalar da Maternidade, antes que o parto aconteça, por meio de visitas pré-agendadas antes do nascimento do bebê.

A visita a Maternidade de Referência permite a gestante conhecer as instalações da maternidade além de ser uma ótima oportunidade para se informar e tirar as dúvidas sobre: documentos necessários para internação, saber o que o hospital exige que os pacientes levem, conhecer o trajeto para chegar à maternidade, se informar a respeito dos horários de visitas e número de visitantes, conhecer as regras da instituição quanto ao acompanhante, entre outras dúvidas ou questionamentos.

As visitas serão agendadas pelo Agente Vinculador Municipal, conforme os critérios estabelecidos pelas Maternidades de Referência e informados aos municípios por meio formal. A gestante será comunicada da data da visita com antecedência mínima de cinco dias úteis e quais as condições para o seu deslocamento até a maternidade.

.....

Eu, _____,
portadora do RG nº _____ e CPF nº _____,
após a leitura e compreensão das informações acima descritas, entendo que tenho direito a
conhecer com antecedência a Maternidade _____ a
qual estou vinculada e diante da importância desse momento, confirmo minha participação
e aguardo a confirmação do dia, horário e condições para a visita.

Local: _____ Data: ____/____/____

Telefones para contato: _____

Nome do Acompanhante: _____

Assinatura da Gestante: _____



MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE À MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Município de Origem: _____ Agente Vinculador Municipal: _____

Maternidade de Referência: _____ Agente Vinculador Institucional: _____

Data do Envio: ____/____/____

[illegible]

Quinn



ESTADODOESPÍRITOSANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MIMOSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Maternidade de Referência para o parto: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Unidade de Origem: _____ Tel.: _____

Agente Vinculador Municipal: _____ Tel.: _____

Data da Vinculação à Maternidade de Referência: ____/____/____

Responsável pelo Encaminhamento (Assinatura e Carimbo):

Data: ____/____/____.



ESTADODOESPÍRITOSANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MIMOSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO VII

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA

No dia ____/____/____, a gestante _____,
portadora do CPF nº _____._____._____ - ____ foi recepcionada, acolhida e classificada no
_____ (nome do Hospital) conforme
abaixo descrito:

HORÁRIO DE CHEGADA: ____h____min. HORÁRIO DO ACOLHIMENTO: ____h____min.

HORÁRIO DO ATENDIMENTO MÉDICO: ____h____min.

BREVE HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G____P____A____ (PN= ____ / PC= ____)

DUM: ____/____/____ IG: ____sem ____ dias DPP: ____/____/____

OUTROS: _____

SITUAÇÃO/QUEIXA: _____

USO DE MEDICAMENTOS: _____

SINAIS VITAIS: PA= ____x____ mmHg FC= ____bpm FR= ____ipm TAX=

____°C BCF (bpm): _____ MF (+/-): _____ SANGRAMENTO VAGINAL

(Sim/Não): _____

CONTRAÇÕES UTERINAS (Sim/Não): _____ PERDA DE LÍQUIDO (Sim/Não):

DOR (Sim/Não): _____ DESCRIÇÃO:

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

BREVE RELATO DA OCORRÊNCIA:



ESTADODOESPÍRITOSANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MIMOSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Médico (a) Plantonista:

Enfermeiro (a) Plantonista:

Data da Notificação: ____/____/____

Nome, assinatura e carimbo do Responsável pelo Registro da Notificação



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
MIMOSO DO SUL-ES

RESOLUÇÃO CMS-MIMOSO DO SUL – ES Nº 004/2023

DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL ATENDIMENTO A GESTANTES E PUÉRPERAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIMOSO DO SUL - ES.

O Conselho Municipal de Saúde – CMS, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela lei municipal nº 1542 de 1º de dezembro de 2004;

Considerando o que dispõe a citada lei nº 1542/2004 e a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012.

Considerando que o Plano Municipal Atendimento a Gestantes e Puérperas da Secretaria Municipal de Saúde de Mimoso do Sul - ES, foi apresentado e aprovado na Reunião Ordinária do dia 13 de abril de 2023 do Conselho Municipal de Saúde.

RESOLVE:

Artigo 1º - Aprovar o Plano Municipal Atendimento a Gestantes e Puérperas da Secretaria Municipal de Saúde de Mimoso do Sul - ES, com respaldo em apreciação e aprovação do plenário deste Conselho.

Artigo 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação
Mimoso do Sul – ES, 02 de maio de 2023.

Evaldo Cesar
Farias
ARAUJO:75229544791

Assinado de forma digital
por EVALDO CESAR FARIAS
ARAUJO:75229544791
Dados: 2023.05.03 15:08:21
+03'00'

Evaldo César Farias Araújo

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Mimoso do Sul

O Prefeito Municipal, dando cumprimento ao que determina a Lei Municipal nº 1542\2004 e a Resolução CNS nº 453\2012, HOMOLOGA A PRESENTE RESOLUÇÃO ordenando que seja dada publicidade através do Diário Oficial do município.

PETER NOGUEIRA DA COSTA:11052421709

Assinado de forma digital por PETER
NOGUEIRA DA COSTA:11052421709
Dados: 2023.05.05 09:32:02 -03'00'

Prefeito Municipal
Peter Nogueira da Costa

RESOLUÇÃO Nº144/2023

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 27 de junho de 2023, às 14 horas, no auditório da SESA - Enseada do Suá.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha.

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES nº 162/2011, de 20 de outubro de 2011, aprovando por "Ad Referendum", a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cegonha.

Considerando a Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Ministério da Saúde de 2019.

Considerando o Ofício da SMS de Mimoso do Sul nº 276/2023 que solicita aprovação do seu Protocolo de Atenção a Gestante.

RESOLVE:

Art.1º - Homologar a Resolução nº 019/2023 da CIR Sul, que aprova o Protocolo de Atendimento a Gestação, Parto e Puerpério do município de **Mimoso do Sul -ES.**

Art. 2º – Esta resolução entra em vigor a partir de sua data de publicação.

Vitória (ES), 30 de junho de 2023.

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
Secretário de Estado da Saúde
Presidente da CIB/SUS-ES

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
SECRETARIO DE ESTADO
SESA - SESA - GOVES
assinado em 30/06/2023 14:40:53 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 30/06/2023 14:40:53 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ANDREZA DEL FIUME SILVA (AUXILIAR DE SERVICOS MEDICOS - QSS - CIB - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-TQB4RR>