

RESOLUÇÃO Nº 028/2020

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. Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de Setembro de 2020, às 09:00 horas, por videoconferência.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, do Ministério da Saúde, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria GM/MS nº 650m de 05 de Outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha;

Considerando a Resolução nº162/2011 CIB/SUS-ES, de 20 de Outubro de 2011, aprovando por "Ad Referendum", a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 930, de 10 de Maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.020, de 29 de Maio de 2013, que Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestante de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde e Gestação de Alto Risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

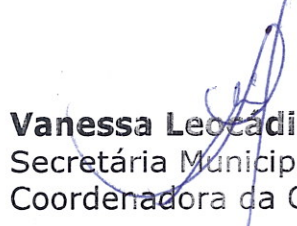
RESOLVE:

Art.1º - Aprova a **Nota Técnica nº 001/2020 RAMI SUL**, sobre a Estratificação do Risco Gestacional e o Fluxo pactuado com os Hospitais de Referência da RAMI SUL para as Gestantes com COVID-19, conforme anexo.

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

Art. 3º - Revogar as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 17 de Setembro de 2020.


Vanessa Leocádio Adami
Secretária Municipal de Iúna - ES
Coordenadora da CIR-SUL



Nota Técnica da Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul Nº 01/2020

ATENÇÃO À GESTANTE

1. INTRODUÇÃO

Este instrumento visa registrar a construção Pactuada no Grupo Condutor Ampliado da Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde – RAMI SUL, instituído através da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite – CIB nº 141/2019, publicada no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo no dia 13 de agosto de 2019, consolidado como uma atualização da atenção à gestante e substitui a Nota Técnica Conjunta SESA/RAMI SUL nº 01/2016.

A Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, em consonância com a Rede Cegonha instituída nacionalmente em 2011, vem desenvolvendo ações para a construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher e à criança o acesso a serviços e ações de planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério, bem como ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Neste contexto trás como prioridade a assistência de qualidade ao pré-natal, parto, aborto, pós-parto imediato e puerpério, vem atuando no sentido de organizar o acesso, de forma eficiente e resolutiva, objetivando a resposta adequada e em tempo oportuno para todas as gestantes, parturientes, puérperas e neonatos, com ênfase no enfrentamento a mortalidade materna e infantil.

Entende o pré-natal como o acompanhamento realizado pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família à gestante, tendo início assim que a gravidez for confirmada, de preferência antes de completar os três primeiros meses de gestação, como é preconizado dentre os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica, ou seja, captação precoce (Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde/2012). Tem como objetivo o acompanhamento das condições de saúde da gestante e do feto, a realização dos exames clínicos e laboratoriais para identificar e tratar as doenças, com resultado em tempo hábil, atendimento do companheiro, orientação através de práticas educativas (com assuntos relacionados à gestação, transformações físicas e emocionais, cuidados com a saúde durante a gestação, abortamento, preparação para o parto, sinais de trabalho de parto, puerpério imediato, cuidados com o bebê, dentre outros), Busca Ativa, escuta qualificada, orientação e esclarecimento das dúvidas e mitos, através de informações precisas e seguras para o estabelecimento de uma relação de confiança e formação de vínculo.

Já o parto ou nascimento é o momento em que o bebê deixa o útero da mãe, finalizando o período de gestação, em um processo fisiológico. Os profissionais de saúde são coadjuvantes nesta experiência e desempenham um papel importante, devem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos, podem minimizar a dor, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. As maternidades de referências devem atuar no sentido de garantir um atendimento humanizado, com acolhimento e avaliação



dos riscos e vulnerabilidades em todos os pontos de atenção, elaboração de um Plano de Cuidados, que garanta a realização do Partograma, a presença de um acompanhante de livre escolha durante toda a permanência da mulher na maternidade e orientar, apoiar e promover o aleitamento materno, citando algumas das obrigações preconizadas pelo Ministério da Saúde presentes na Portaria de Consolidação Nº 03/2017.

O período após o parto, chamado puerpério ou período inicial da maternidade, é o momento em que ocorrem intensas modificações físicas e psicológicas na mulher num curto espaço de tempo. Essas modificações contribuem para aumentar a insegurança da mãe em relação aos cuidados necessários para garantir a saúde do bebê e dela própria. Tanto a Maternidade, quanto a Atenção Primária à Saúde – APS precisam atuar de forma eficiente para auxiliar na adaptação com o bebê e na recuperação do pós-parto, essas ações são preconizadas no Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde/2012.

Para garantir a continuidade da assistência a puérpera e ao recém-nascido – RN no pós-parto, a maternidade desempenhada um papel fundamental com a realização do encaminhamento à equipe de referência da APS no momento da alta hospitalar, através da “Alta Segura”, contendo todas as informações relevantes, exames realizados e intercorrências ocorridas. Dessa forma os profissionais da APS podem se utilizar desse instrumento para nortear as ações sequenciais reconhecendo as condições de saúde, os riscos e as vulnerabilidades física, psíquica e social, podendo se utilizar dos recursos das Redes de Atenção à Saúde – RAS e os recursos intersetorial para lidar de forma integral com esse público, garantindo o fortalecimento desse vínculo.

Apesar das diversas iniciativas desenvolvidas em nossa região nos últimos anos, continuamos a vivenciar problemas na sistematização da assistência da gestação ao parto, desrespeitando direitos básicos de cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém nascidos. Entre estes estão a segmentação e falhas de comunicação entre os diversos pontos de atenção que compõem a Rede Atenção Materna e Infantil: Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimento, serviços especializados e Maternidades, além da intervenção excessiva sobre o parto. Desafios que somente com o comprometimento de todos os "atores" envolvidos conseguiremos superar.

1. PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

No processo de construção das Redes de Atenção à Saúde – RAS, uma das estratégias que visam ordenar o cuidado é a adoção de diretrizes específicas para direcionar os diferentes pontos de atenção e serviços em relação às condições de saúde da população organizados no território, em municípios ou regiões de saúde, sendo dividido em atenção primária, secundária e terciária.

Sob a perspectiva de otimizar os recursos, adequar o manejo clínico e organizar a assistência, baseado na estratificação de risco e competências/atribuições dos serviços dentro da linha de cuidados preconizado na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 03, de 28 de setembro de 2017, para este público alvo, a Rede de Atenção Materna e Infantil milita na direção de garantir uma atenção diferenciada e individualizada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a assistência integral e oportuna para a gestante e seus bebês. Na região Sul de



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

Saúde do Estado do Espírito Santo definimos a assistência conforme a pactuação dos seguintes pontos de atenção no território:

RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	MATERNIDADE DE REFERÊNCIA	MUNICÍPIOS ADSTRITOS
Risco Habitual	UBS	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA	Cachoeiro de Itapemirim, Atílio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta e Presidente Kennedy.
		Santa Casa Castelense	Castelo
		Hospital São José	Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado
		Hospital e Maternidade Menino Jesus	Itapemirim, Anchieta, Iconha, Marataízes, Piúma, Rio Novo do Sul, Alfredo Chaves
		Santa Casa de Guaçuí	Guaçuí, Alegre, Dolores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Iúna, Muniz Freire
Alto Risco	UBS + Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco (Municipal ou Regional) + Serviço de Medicina Fetal e/ou especializado (Quando for o caso)	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivácqua, Cachoeiro de Itapemirim, Bom Jesus do Norte, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

A prevalência estimada no Brasil de gestantes de risco habitual é de aproximadamente 85%, enquanto a de alto risco representa de 10 a 15% do total de gestantes (Série Parâmetros SUS – Volume 1, Ministério da Saúde 2015, pág. 12). Dessa forma, objetiva-se o acesso equânime dos diferentes estratos da população de gestantes e recém-nascidos aos serviços de saúde.

O Caderno da Atenção Básica nº 32/2013, do Ministério da Saúde, pág. 58, e no Manual Técnico: Gestação Alto Risco, 5ª Ed. Ministério da Saúde 2010, distribuem os fatores de risco entre aqueles que permitem a realização do pré-natal pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) e aqueles que podem indicar compartilhamento do cuidado com o ambulatório especializado para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).

A avaliação dos critérios de risco e a estratificação de risco da gestante devem ser realizadas na APS, logo após a confirmação da gestação e reavaliada a cada consulta de pré-natal, para isso



disponibilizamos como instrumento o formulário do Anexo I desta Nota Técnica. Lembrando que o formulário é uma recomendação e que pode ser construído e alimentado através do registro no prontuário eletrônico. A adoção de medidas avaliativas objetiva alertar as equipes de saúde para algumas condições que representam risco relativo à gestação e ao feto, os critérios utilizados para tal estratificação foram agrupados conforme os tópicos descritos abaixo:

1. Características individuais e condições sociodemográficas da gestante,
2. História reprodutiva anterior,
3. Condições clínicas prévias, e
4. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual.

Obs.: Entretanto, ressalta-se que podem existir outras condições não contempladas nesta nota e que devem ser consideradas.

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
- Altura menor que 1,45m; - Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura; - Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade; - Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

A presença destes fatores isoladamente não indica o encaminhamento a pontos de atenção especializados e de maior complexidade, permitindo a realização do pré-natal pela equipe de APS, sob cuidados especiais e maior vigilância.

*A Adolescência em si, ou seja, idade entre 15 e 18 anos, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao acompanhamento preconizado durante o atendimento do pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Lembrando que o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica.

2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;



- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

4. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual: Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco:

a) Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

b) Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização; - Óbito fetal.

c) Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Manual Técnico: Gestação Alto Risco, 5ª Ed. Ministério da Saúde 2010.

Na Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo a Estratificação do Risco Gestacional deve ser feita a partir de dois estratos de risco: Risco Habitual e Alto Risco, com critérios de risco pré-estabelecidos, que serão reavaliados a cada consulta de pré-natal pela equipe da APS, através do profissional médico ou enfermeiro, podendo ocorrer a qualquer momento da gestação mudança no estrato de risco a depender da evolução clínica de cada caso, e ainda de ter evidenciada a necessidade de utilização de outros serviços das Redes de Atenção à Saúde - RAS. Segue tabelas com os estratos e critérios de risco:



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL			
RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO	CRITÉRIO DE RISCO
Risco Habitual	APS – Atenção Primária à Saúde	Maternidade de risco habitual	Características de risco gestacional que não demandam Pré-Natal de Alto Risco - PNAR, mas que necessitam de maior vigilância da Atenção Primária à Saúde – APS (Assinale com “X” os Critérios de Risco Existentes)
Obs.: - Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da APS - Reavaliação dos Critérios de Risco a cada Consulta			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/m² (IMC ≥ 40kg/m² vide alto risco) • Transtorno Psiquiátrico Leve
			História Reprodutiva Anterior:
			• Nuliparidade OU Multiparidade (5 ou mais 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
			Intercorrências Clínicas / Obstétricas na Gestação Atual:
			• Infecção Urinária (≥ 3 episódios 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 < 8g/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)



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

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 OU 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 trombocitopenia idiopática, talassemia, coagulopatias)
			• Doenças Neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia, tetraplegia e outras)
			• Doenças Autoimunes (lúpus eritematoso, 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 ≥ 2 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



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

		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-Eclampsia sem critérios de gravidade OU com alteração de proteinúria OU PA $\geq 140/90$mmHg antes de 20 semanas de gestação • Diabetes Mellitus (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde) • Anemia Grave (hemoglobina ≤ 8g/dl) OU não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso OU anemia refrataria a tratamento (em caso de Hb ≤ 6 g/dl - vide urgência/emergência) • Infecção Urinária de Repetição (≥ 3 episódios) OU Pielonefrite • Hemorragias da Gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência) • Colestase Gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente) • Doenças Infecciosas Ativas: 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 Polihidrâmnio • 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, meningocele/espina 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 repercuta na gestação e/ou necessite de acompanhamento especializado (Especificar)
--	--	--



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

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 • Sinais premonitórios de eclampsia: anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaléia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia, dor retroesternal, confusão mental • Eclampsia 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) • Anidrmnio OU Oligodrmnio OU Polidrmnio Grave OU Polidrmnio 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; cardiocotografia 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
	A gestante/puérpера 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	Outras condições clínicas agudas



2. ACESSO AO PRÉ-NATAL

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 preconizada 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;
- Em caso de compartilhamento com o PNAR, a gestante deverá ser encaminhada através da Guia de Referência e Contra-Referência devidamente preenchida, recomendamos para tanto utilizar o formulário próprio sugerido no Anexo V, contendo o histórico clínico justificando a necessidade do compartilhamento;
- 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 um 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 teratogênicos 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 má-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
- Macrossomia 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
- Macrossomia 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 macrossômico 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.

3. 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 agravamento 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 e encaminhadas 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.

4. 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.

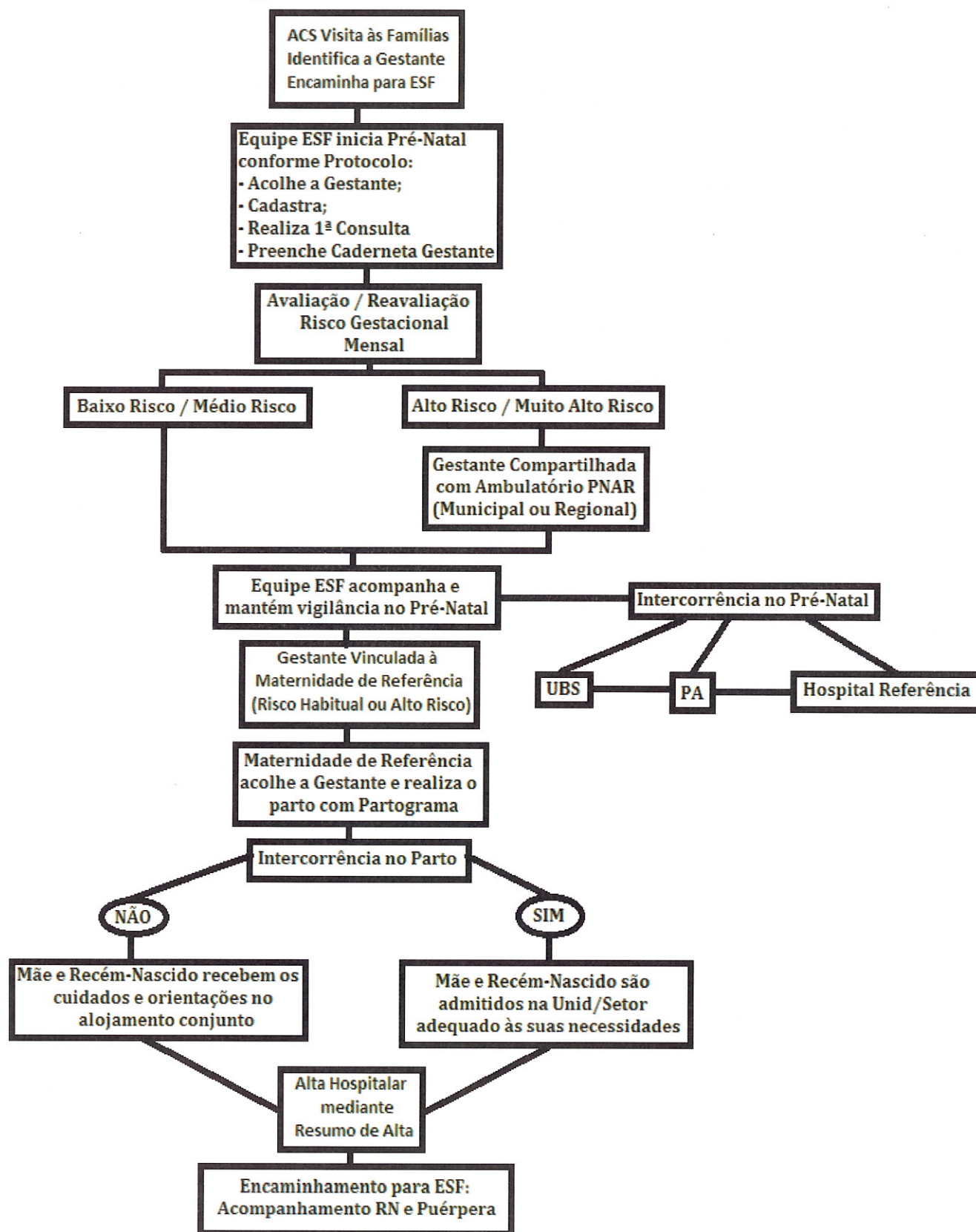
4.1. Fluxo de Atendimento às gestantes positivas para Covid-19

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 seus 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.



Fluxograma da Gestante





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

Anidrânio - 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

Oligodrânio - ILA menor que 8 cm associado a CIUR ou bolsa 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.

Polidrânio - ILA maior que 18 cm ou maior bolsa maior que 8 cm.

Polidrânio grave - ILA maior que 35 cm ou maior bolsa 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.pdp

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 Ligia 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 realização do pré-natal pela equipe da APS	APS – Atenção Primária à Saúde	Maternidade de risco habitual	Características de risco gestacional que não demandam Pré-Natal de Alto Risco - PNAR, 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:
			• Nuliparidade OU Multiparidade (5 ou mais partos)
			• Cesáreas Previas OU Cirurgia Uterina Anterior ≥ 2 anos (cesárea com incisão clássica / corporal / longitudinal - vide alto risco)



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

- Reavaliação dos Critérios de Risco a cada Consulta			- Intervalo Interpartal < 2 anos OU > 5 anos Intercorrências Clínicas / Obstétricas na Gestação Atual: - Infecção Urinária (≥ 3 episódios 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 < 8g/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 OU Com Comprometimento Fetal - Agravos Alimentares OU nutricionais: Obesidade Grau III (IMC ≥ 40kg/m²), 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 >140/90mmHg 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 eritematoso, síndrome antifosfolípide, artrite reumatóide, esclerose múltipla, outras collagenoses) - Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicornes, miomas intramurais com diâmetro > 5 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 ≥ 2 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



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

			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-Eclampsia sem critérios de gravidade OU com alteração de proteinúria OU PA $\geq 140/90$ mmHg antes de 20 semanas de gestação	
			• Diabetes Mellitus (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde)	
			• Anemia Grave (hemoglobina ≤ 8 g/dl) OU não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso OU anemia refrataria a tratamento (em caso de Hb ≤ 6 g/dl - vide urgência/emergência)	
			• Infecção Urinária de Repetição (≥ 3 episódios) OU Pielonefrite	
			• Hemorragias da Gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência)	
			• Colestase Gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente)	
			• Doenças Infecciosas Ativas: 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, macrossomia, suspeita de CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível	
			• Desvio quanto ao volume do líquido amniótico: Oligodrânio OU Polihidrânio	
			• 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/espina bífida, higroma cístico, onfalocoele, 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 ≥ 160mmHg OU PAD ≥ 110mmHg) • Crise Convulsiva • Isoimunização RH em caso de sangramento em qualquer idade gestacional • Sinais premonitórios de eclampsia: anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaléia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia, dor retroesternal, confusão mental • Eclampsia 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) • Anidrânio OU Oligodrânio OU Polidrânio Grave OU Polidrânio Sintomático (dor e dispnéia) • Hemoglobina ≤ 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
	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	Outras condições clínicas agudas



ANEXO II

ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE
PARA O AGENTE VINCULADOR MUNICIPAL

Dados de Identificação da Unidade Básica de Saúde

Município: _____ Unidade: _____
Área: _____ Micro-área: _____
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 ADESÃO

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 idéia 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: _____

ANEXO IV

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]



ANEXO V

ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE PARA O PRÉ-NATAL ALTO RISCO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

Nome da Gestante: _____
Endereço: _____
Tel.: _____ CNS: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____
Escolaridade: _____ Ocupação: _____
Jornada Trab./Dia: _____ Risco Ocupac.: _____
Data da Última Menstruação (DUM): _____ Hist. Reprodutivo: G () A () P ()
Interv. Interpartal: _____ Tipos de Parto: _____
Peso Pré-Gestacional: _____ Peso Atual: _____ Altura: _____ IMC: _____
Data da 1ª Consulta Pré-Natal: _____ Idade Gestacional: _____
UBS Ref.: _____ Prof. Respons.: _____

Estratificação de Risco para o Pré-Natal: _____

Justificar com história clínica: _____

Maternidade de Referência para o Parto: _____

Data: ____/____/____.

Responsável pelo Encaminhamento (Assinatura e Carimbo):



ANEXO VI

ENCAMINHAMENTO PRÉVIO DA GESTANTE À MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

Nome da Gestante: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ CNS: _____
Nome da Mãe: _____
Idade Gestacional: _____ DUM: _____ DPP: _____
Hist. Reprodutivo: G () A () P () Interv. Interpartal: _____
Tipos de Parto: _____ Data da 1ª Consulta Pré-Natal: _____
Peso Pré-Gestacional: _____ Peso Atual: _____ Altura: _____ IMC: _____

Estratificação do Risco Gestacional: _____
Resumo da História Clínica / Diagnósticos e CID's ativos / Tratamentos Realizados e Desfechos /
Principais Exames Complementares e Diagnósticos: _____

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: ____/____/____.



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: _____

Médico (a) Plantonista: _____

Enfermeiro (a) Plantonista: _____

Data da Notificação: ____/____/____

Nome, assinatura e carimbo do Responsável pelo Registro da Notificação