



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

**ASSUNTO: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NA REDE
DE ATENÇÃO À SAÚDE NA 14ª REGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA.**

1. OBJETIVO

A presente Nota Técnica tem por objetivo a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil, permitindo uma assistência conforme as necessidades de saúde, ou seja, oferecer uma atenção contínua e integral, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade^{1,2}.

Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada e encaminhada conforme os critérios estabelecidos para os locais de referência. Mesmo quando a gestante for referenciada para seguimento do pré-natal de alto risco na atenção especializada, ou mesmo atendimento/exames especializados, no Ambulatório de Especialidade Mamanguapense (AME) ou Ambulatório de Pre-Natal Alto Risco da Maternidade Frei Damião, conforme vinculações instituídas, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá continuar o acompanhamento.

Quadro 1. Dez Passos para o Pré-Natal de Qualidade

1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3. Toda gestante deve ter asseguradas a solicitação, a realização e a avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4. Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”.
5. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6. É direito do parceiro ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do parceiro”.
7. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto.
9. Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10. As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Ministério da Saúde³

Quadro 2. Documentação mínima para o compartilhamento do cuidado à AAE – Atenção Ambulatorial Especializada

Conteúdo descritivo mínimo para o compartilhamento do cuidado

Caderneta da Gestante preenchida;
Exames a serem realizados na APS (ANEXO 1);
Estratificação de risco (habitual, intermediário e alto) (ANEXO 2); Formulário de compartilhamento do cuidado da AAE (ANEXO 3); Plano de Cuidado da APS (ANEXO 4).

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco da gestante em três níveis – risco habitual, risco intermediário e alto risco – viabiliza a assistência adequada e oportuna estabelecendo o fluxo de vinculação do pré natal na APS, ao ambulatório e ao hospital para o atendimento das suas ações programadas, intercorrências na gestação e no momento do parto. A estratificação deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal.

O quadro 3 apresenta dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico que devem ser considerados para o processo.

Quadro 3. Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico

1. Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde. A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco. Algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada.
2. A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos. Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco.
3. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal. A partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início ou próximo ao termo.
4. A estratificação do risco é absoluta. Isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco e, uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.
5. A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS quanto a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos.
6. As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia. A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições para que as gestantes com essas classificações possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica SEMPRE em conjunto com equipes de especialistas que façam o matriciamento e se responsabilizem pelo compartilhamento do cuidado.
7. Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado. Há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado.
8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.
9. Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal. Embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna.
10. As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata. A rede de assistência ambulatorial precisa ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.

Fonte: Ministério da Saúde⁴

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

A Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba disponibilizou o Instrumento de Estratificação de Risco gestacional (ANEXO 2) embasado nos documentos técnicos do Ministério da Saúde e da Planificação^{5,6,7}.

Quadro 4. Estratificação de risco da gestante conforme escore

Estratificação de Risco	Descrição	Escore
Risco Habitual	Gestantes que NÃO apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior e de doença ou Agravado.	Até 4 pontos
Risco Intermediário	Gestantes que apresentam alguns fatores de risco (características individuais – raça, etnia e idade; sociodemográficas – escolaridade e de história reprodutiva anterior) que implicam em maior vigilância e cuidado com a gestação, mas o fluxo para o pré-natal e o parto serão o mesmo do risco habitual . Considerando a amplitude dos fatores determinantes da saúde da gestante e puerperal, quanto maior o número de critérios combinados (vários fatores de risco intermediários combinados ou um fator de alto risco combinado com fatores de risco intermediário) maior a complexidade da situação, implicando em maior vigilância, cuidado e se necessário, de acordo com a avaliação clínica na APS, a gestante deverá ser encaminhada à AAE para um cuidado compartilhado.	5 a 9 pontos
Alto Risco	Gestantes com fatores clínicos relevantes (RISCO REAL) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções de maior nível de complexidade.	10 ou mais pontos

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde^{5,6}.

*Para tais avaliações de fatores de risco, vale considerar a Estratificação de Risco e seus critérios para definição de quais características e condições sociodemográficas e clínicas estão inseridas em tais fatores de risco mencionados, conforme Anexo 2.



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

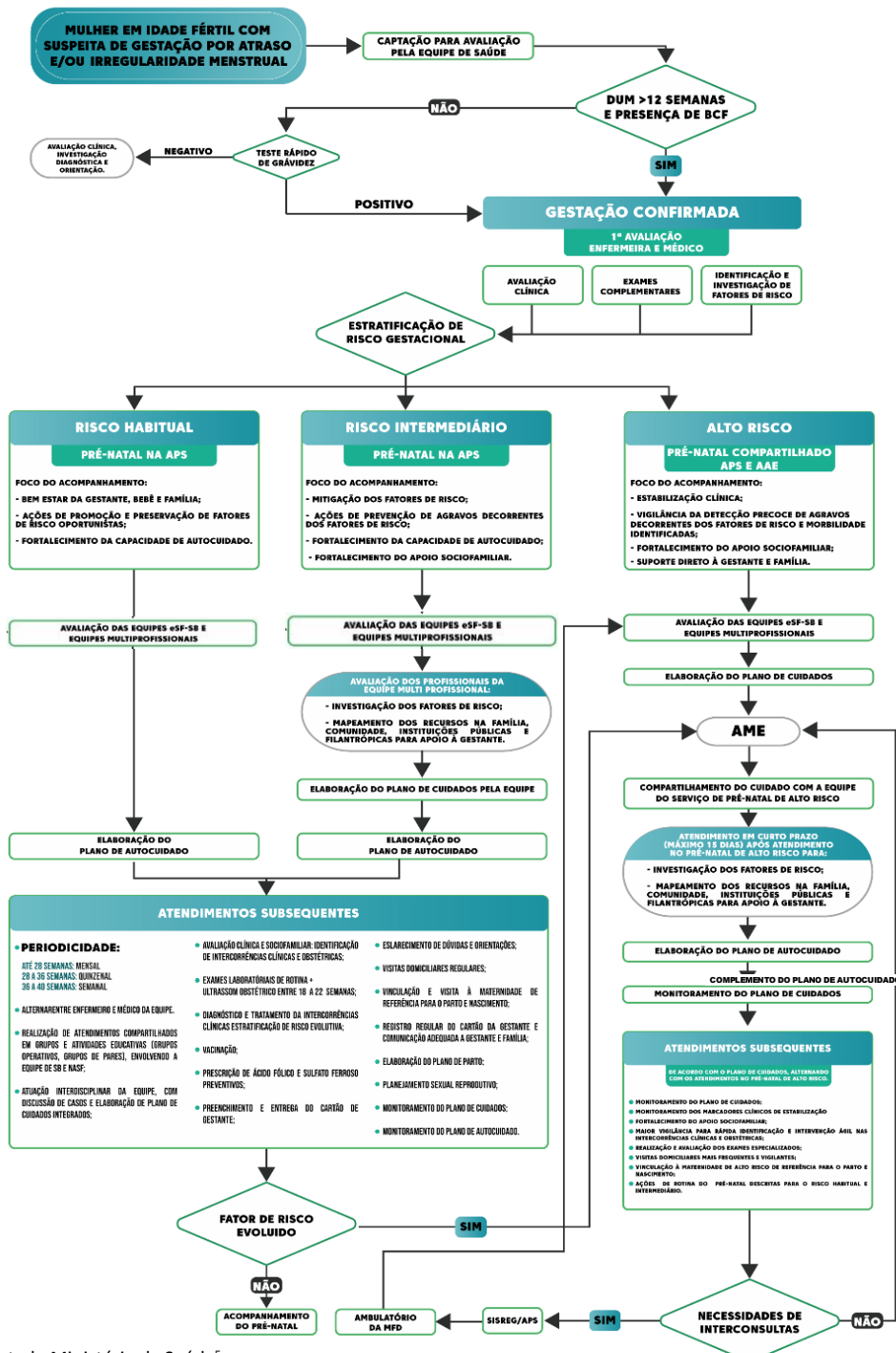
GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

3. FLUXOS ASSISTENCIAIS

A **Figura 1** apresenta o Fluxo assistencial das gestantes na APS de acordo com a estratificação de risco acima.



Fonte: Adaptado Ministério da Saúde⁵.

Siglas: DUM - Data da Última Menstruação, BFC - Batimentos Cardíacos Fetais, AME - Ambulatório Mamaguapense de Especialidades, APS - Atenção Primária à Saúde, MFD - Maternidade Frei Damião, SISREG - Sistema de Regulação do Ministério da Saúde.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

4. TELEMEDICINA

A telemedicina, enquanto ferramenta na Atenção Primária à Saúde (APS), apresenta um grande potencial para aprimorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados em saúde. Por meio do uso de tecnologias de comunicação, é possível oferecer atendimento clínico remoto, facilitando a interação entre profissionais de saúde e pacientes, bem como a troca de informações entre equipes.

Desde 2011, o Estado da Paraíba vem implementando a Rede Cuidar, uma iniciativa de assistência em rede que iniciou suas atividades na área de cardiologia pediátrica, com foco no tratamento e acompanhamento de crianças com cardiopatias congênitas. Devido ao aumento de óbitos nessa população, ampliou-se o escopo da rede para incluir ações direcionadas à neonatologia e obstetrícia, com o objetivo de garantir a equidade no atendimento a crianças, neonatos e mulheres em períodos gravídico e puerperal.

Com o intuito de consolidar essas ações, o Estado da Paraíba adotou a telemedicina como uma política pública, integrando a triagem, o diagnóstico precoce e o acompanhamento assistencial integral às linhas de cuidado. Além disso, a telemedicina proporciona suporte técnico contínuo aos profissionais da rede estadual de serviços de saúde, assegurando a eficácia das intervenções e a continuidade da assistência.

A Rede Cuidar disponibiliza escalas médicas de plantão 24 horas, atualizadas mensalmente e divulgadas pelas Secretarias Municipais ou Gerências de Saúde. Nessas escalas, constam os contatos dos plantonistas, permitindo que os profissionais da rede de saúde tenham fácil acesso a eles sempre que necessário.

5. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

O Quadro 4 descreve as “Urgências e Emergências em Obstetrícia”, definidas como situações que podem ocorrer durante a gestação e o puerpério. Essas condições clínicas necessitam de encaminhamento imediato à Unidade de Emergência do Hospital Geral de Mamanguape - HGM. Recomenda-se o “Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia” - Ministério da Saúde para informações complementares sobre os fatores classificados em Urgência e Emergência.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Quadro 4. Condições clínicas que demandam encaminhamento imediato à Urgência e Emergência

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM OBSTETRÍCIA		
PRÉ-NATAL	PARTO	PUERPÉRIO
Encaminhamento imediato à maternidade de referência ou serviço da Rede de Urgência e Emergência		
<p>Síndrome hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo); Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável, ausência ou redução de Movimentação fetal por mais de 12 horas em gestação > 26 semanas, incluindo suspeita de morte fetal. PAS \geq 160mmHg ou PAD \geq 110mmHg, com escotomas, visão turva, fotofobia, cefaleia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental; Sinais Premonitórios de Pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia: Anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaleia occipital persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental. Suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos; Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar; Anidrâmio; Polidrâmio grave ou polidrâmio sintomático (dor, dispneia); Hemoglobina \leq 6g/Dl ou anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispneia, taquicardia e hipotensão; Ruptura prematura de membrana; Ameaça de Trabalho e parto pré-termo; Hipertonia uterina; Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas; Dor abdominal intensa: suspeita/diagnóstico de abdomen agudo em gestantes; Suspeita de TVP – Trombose Venosa Profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente); Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional; Crise Convulsiva. Infecções Graves com Repercussão Sistêmica. Suspeita/Diagnóstico de Pielonefrite, Infecções Ovulares ou Outra Infecção que Necessite de Internação Hospitalar. Outras condições clínicas agudas.</p>		

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde^{5,6}.

GERÊNCIA:

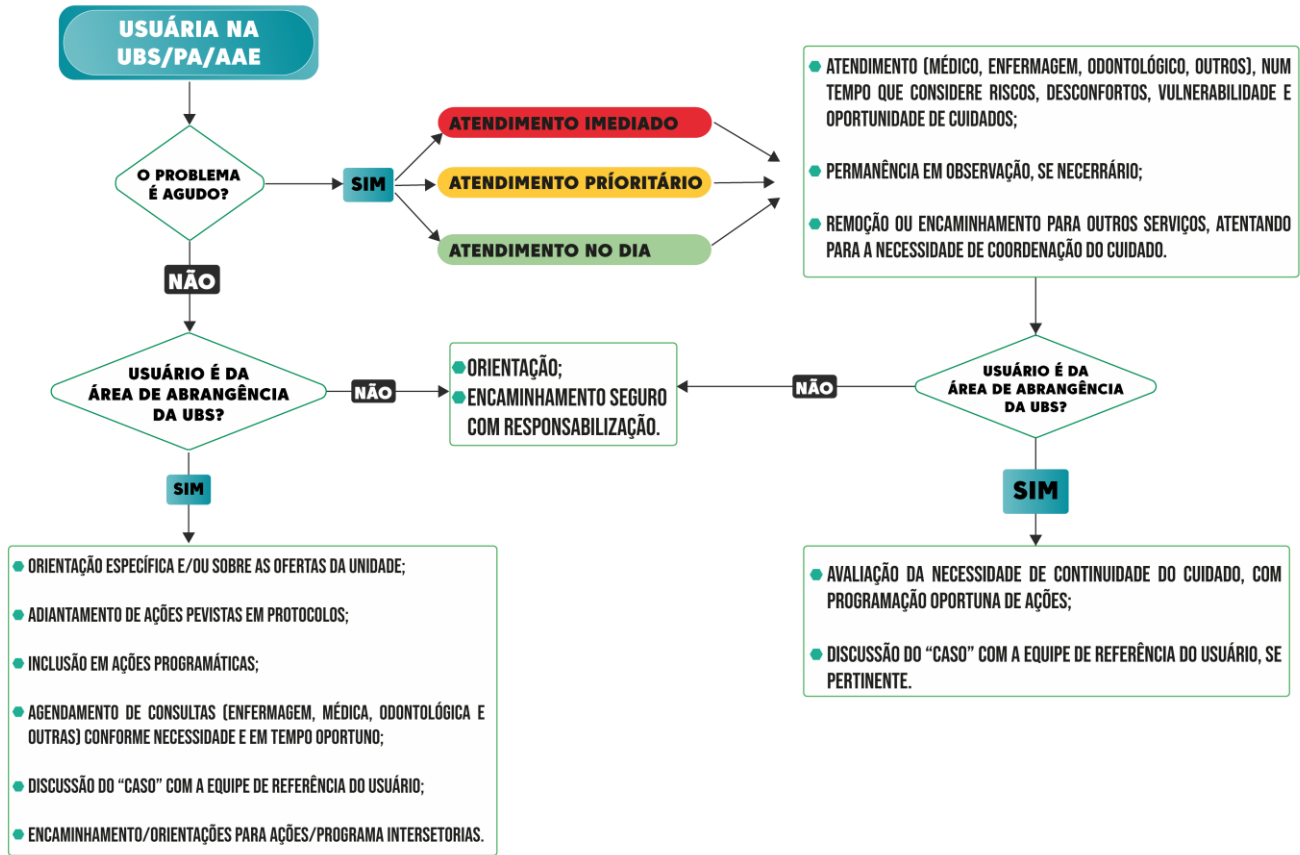
Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

A **Figura 2** apresenta o Fluxo de Urgência e Emergência



6. INTERCONSULTAS

As gestantes de alto risco acompanhadas no Ambulatório de Especialidade Mamanguapense – AME, que apresentarem necessidade de consultas especializadas fora da carteira de serviços ofertada, receberão encaminhamento para que o município de origem solicite, via Sistema de Regulação – SISREG, a interconsulta no Ambulatório de Alto Risco – AAR, vinculado à Maternidade Frei Damião, em João Pessoa-PB, conforme Quadro 5.

Quadro 5. Especialidades e exames pactuadas no AME e AAR

AME	AAR - Maternidade Frei Damião
Cardiologista Endocrinologista Fisioterapia Nutricionista Obstetricia Otorrinolaringologista Psicologia Psiquiatria USG Obstétrica com Doppler USG Morfológica	Angiologista Cardiologista Endocrinologista Gastroenterologista Hematologista Neurologista Pneumologista Psiquiatria USG Transnucal Eco Fetal (Hosp. Metropolitano) Cardiotocografia (HGM)

Fonte: Própria.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

7. PARTO

Toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual provavelmente será realizado o seu parto. A vinculação efetiva ocorre por ocasião da estratificação de risco da gestante pela equipe da UBS que acompanha o pré-natal⁶.

A maternidade, à qual se vinculará a gestante, deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária, conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério (Quadro 6).

Quadro 6. Maternidades de vinculação para o parto conforme risco

Gestante de Risco Habitual e Intermediário	Gestante de Alto Risco
Hospital Geral de Mamanguape – HGM	Maternidade Frei Damião– MFD

Fonte: Própria.

É importante que, mãe e recém-nascido, tenham uma alta hospitalar de forma segura, sendo garantido ao binômio o retorno adequado e, em tempo oportuno, para o acompanhamento da atenção primária à saúde.

8. PUERPÉRIO

O puerpério começa imediatamente após o parto e tem uma duração média de seis semanas. Ele é classificado de acordo com sua duração em três fases: puerpério imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), puerpério tardio (do 11º ao 45º dia após o parto) e puerpério remoto (a partir do 45º dia, com término indefinido).

A consulta de puerpério inicia-se já na alta da maternidade, quando são fornecidas orientações às mulheres sobre cuidados com a saúde, além de informações sobre sinais e sintomas que podem indicar a necessidade de retorno, seja à Atenção Primária ou Atenção Especializada (AME), quando de alto risco.

Na prática, observa-se que a consulta do puerpério ainda é predominantemente centrada no recém-nascido, deixando muitas vezes em segundo plano a saúde da mulher. No entanto, é fundamental que, além da avaliação do bebê, a consulta também aborde de forma abrangente a saúde da mulher, considerando as mudanças físicas, emocionais e sociais que ela enfrenta nesse período.

Inserir a mulher no grupo de planejamento familiar é uma parte crucial da continuidade do cuidado. Esse acompanhamento permite que a mulher tenha acesso a informações e orientações sobre métodos contraceptivos, além de suporte para tomar decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva.

Melhorar a comunicação entre os serviços de saúde, adotar protocolos assistenciais, e orientar adequadamente as mulheres sobre sinais de risco são essenciais para reduzir a mortalidade materna e garantir um atendimento eficaz no puerpério.

Compreendendo que tal atendimento nesta fase será uma transição de cuidado, ressalta-se a importância da utilização da Ficha de Compartilhamento do Cuidado (Anexo 3), como ferramenta de acompanhamento deste processo.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado às gestantes deverão ser acompanhados por meio de indicadores cujos dados deverão ser preenchidos pelos próprios municípios no sistema e-SUS.

Quadro 7. Painel de indicadores sob responsabilidade do município e metodologia de cálculo

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, em determinado local e período, dividido por total de gestantes cadastradas no mesmo local e período. Resultado multiplica por 100.	SISAB
Percentual de estratificação de risco	Número de gestantes estratificadas semestralmente, dividido pelo número de gestantes acompanhadas pela equipe de saúde da família.	APS
Proporção de nascidos vivos por idade da mãe	Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário dividido por número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período. Resultado multiplica por 100.	SINASC
Percentual de Sífilis na gestação	Número de gestantes diagnosticadas com sífilis dividido pelo número total de gestantes no mesmo local e período.	SINAN/SINASC
Percentual de Sífilis Congênita	Número de neonatos diagnosticados com sífilis congênita dividido pelo número total de nascidos vivos no mesmo local e período.	SINAN/SINASC

Fonte: Ministério da Saúde⁹.

Quadro 8. Painel de indicadores sob responsabilidade da SES/PB e metodologia de cálculo

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, dividido por número de nascidos vivos de mães residentes. Resultado multiplica por 100.000.	SIM/SINASC
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade dividido por número de nascidos vivos de mães residentes. Resultado multiplica por 1.000.	SIM/SINASC

Fonte: Ministério da Saúde⁹.



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.
3. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúdeda Mulher na gestação, parto e puerpério. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.
4. BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção aopré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AtençãoBásica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)(Cadernos de Atenção Básica, nº 32)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de AtençãoBásica, n. 26)
8. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007 nº 11.634, de 28 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito o Sistema Único e Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 103 p.: il.



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ELABORAÇÃO TÉCNICA:

Cássia de Andrade Araújo – Nutricionista –Analista APS EINSTEIN do PlanificaSUS

Maria Izabel Ferreira Sarmento - Enfermeira – Gerente Executiva de Atenção a Saúde GEAS/SES/PB

Maria de Fátima Moraes Carvalho – Enfermeira – Gerente Operacional de Atenção Materno Infantil GOAMI/SES/PB

Matheus Spricio – Medico da Família – GOAB/SESPB

Hebe Rosely Couto Teixeira – Odontóloga - Analista AAE EINSTEIN do PlanificaSUS

Leyliane Cristina Alves Pereira - Enfermeira - Tutora Estadual APS do PlanificaSUS –SES PB

Janayra Bento – Enfermeira – Tutora Estadual AAE do PlanificaSUS – GOUE/SES PB

Juliana Silveira – Medica Obstetra – REDECUIDAR / SESPB

Perla Figueredo Carreiro Soares – Enfermeira - Tutora Estadual AAE do PlanificaSUS – SES PB

Giovanna Cavalcanti de Sousa - Enfermeira - Tutora Estadual APS do PlanificaSUS –GEAE/SES PB

Railda de Almeida Gomes – Fisioterapeuta - Referência Técnica Estadual do PlanificaSUS – GEAS/GOAB/SES PB

Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira - Fisioterapeuta - Especialista EINSTEIN do PlanificaSUS

Roseanny Marques de Queiroga - Enfermeira – Gerente Op. da Atenção Primaria– GOAB/SESPB

Tânia Berbert Ferreira Lima – Odontóloga - Consultora EINSTEIN do PlanificaSUS



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 1

Lista de exames a serem realizados na APS

EXAMES DO PRÉ-NATAL CORRESPONDENTES A IDADE GESTACIONAL	1ªTRI	2ªTRI	3ªTRI
Hemograma	X		X
Tipagem sanguínea e fator Rh	X		
Coombs indireto (se for Rh negativo)	X	X	X
Glicemia de jejum	X		X
Teste de tolerância para glicose		X	
Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR	X		X
Teste rápido diagnóstico anti-HIV	X		
Anti-HIV	X		X
Teste de HTLV	X		X
Toxoplasmose IgM e IgG (Deverá ser repetido no 2º e 3º trimestre se o IgG e IgM não for reagentes no 1º trimestre)	X	X	X
Sorologia para hepatite B e C (Hbs Ag)	X		X
Sumário de urina	X	X	X
Urocultura	X		X
Eletroforese de hemoglobina	X		
Citopatológico de colo de útero (último resultado, caso tenha sido colhido recente e aguarda o resultado, registrar no formulário de compartilhamento do cuidado a data da coleta)	X		
Ultrassonografia obstétrica (exame não obrigatório, mas se já tiver realizado é importante que o traga para avaliação)	X		



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 2

Estratificação de Risco da Gestante



SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL - APS
FICHA DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA COMPARTILHAMENTO COM O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
ATUALIZADO - OUTUBRO 2024

Nome:	DATA DE NASC.:
Município:	TELEFONE: () / /
UBS de Origem:	ACS:

Período Gestacional			1. Características individuais, condições socioeconômicas e familiares	Escore
1º TRI	2º TRI	3º TRI		
			≤ 15 anos	3
			>40 anos	2
			Não aceitação da gravidez	1
			Indícios de Violência Doméstica	2
			Situação de rua/ indígena ou quilombola	2
			Sem escolaridade	1
			Tabagista ativo	2
			Raça negra	2

Período Gestacional			2. Avaliação Nutricional (Correlacionar com gráfico da caderneta da gestante)	Escore
1º TRI	2º TRI	3º TRI		
			Baixo Peso (IMC < 18)	2
			Sobrepeso (IMC 25-29.9)	1
			Obesidade grau I e II (IMC 30-39.9)	5
			Obesidade Mórbita (IMC ≥ 40)	10

A soma dos escores dos itens 1 e 2 não configura encaminhamento direto ao alto risco (exceto a obesidade grau 3), porém merecem atenção diferenciada na APS.

Período Gestacional		3. Comorbidades prévias à gestação atual (Doenças preexistentes)	Escore
1º TRI	2º TRI		
		AIDS/HIV	10
		Alterações da tireoide (hipotireoidismo sem controle e hipertireoidismo)	10
		Diabetes Mellitus	10
		Endocrinopatias sem controle	10
		Cardiopatia diagnosticada	10
		Câncer Diagnosticado	10
		Cirurgia Bariátrica há menos de 1 ano	10
		Doenças Autoimunes (colagenoses)	10
		Doenças Psiquiátricas (Encaminhar ao CAPS)	5
		Doença Renal Grave	10
		Dependência de Drogas (Encaminhar ao CAPS)	10
		Epilepsia e doenças neurológicas graves de difícil controle	10
		Hepatites (encaminhar ao infectologista)	5
		HAS crônica controlada (Sem hipotensão e exames normais)	5
		HAS crônica complicada	10
		Ginecopatia (Miomatose ≥ 7cm, malformação uterina, massa anexial ≥ 8cm ou com características complexas)	5
		Pneumopatia grave de difícil controle	10
		Tuberculose em tratamento ou com diagnóstico na gestação (Encaminhar ao Pneumologista)	10
		Trombofilia ou Tromboembolia	10
		Uso de medicações com potencial efeito teratogênico	5
		Varizes acentuadas	1
		Doenças hematológicas (PTI, Anemia Falciforme, PTT, Coagulopatias, Talassemias)	10
		Transplantada em uso de imunossupressor	10

Observações: Atentar para as indicações de profilaxia de pré-eclâmpsia e protocolo de diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (GJ:92 e/ou 1 valor de TOTG alterado);

Período Gestacional		4. Condições clínicas específicas e relacionadas às gestações prévias	Escore
1º TRI	2º TRI		
		2 abortamentos espontâneos consecutivos ou 3 não consecutivos (confirmados clínico/laboratorial)	5
		3 ou mais abortamentos espontâneos consecutivos	10
		Mais de um Prematuro com menos de 36 semanas	10
		OSBO fetal sem causa determinada	10
		Pré-eclâmpsia ou Pré-eclâmpsia superposta	10
		Eclâmpsia	10
		Hipertensão Gestacional	5
		Acretismo placentário	2
		Descolamento prematuro de placenta	5
		Insuficiência Istmo Cervical	10
		Restrição de Crescimento Intrauterino	2
		História de malformação Fetal complexa	2
		Isolunização em gestação anterior	10
		Diabetes gestacional	2
		Púrpura Puerperal	5
		História de tromboembolia	10

Período Gestacional			5. Condições clínicas específicas e relacionadas à gestação atual	Escore
1º TRI	2º TRI	3º TRI		
			Ameaça de aborto - Encaminhar URGÊNCIA	2
			Acretismo Placentário	10
			Placenta Prévia após 28 semanas	10
			Anemia não responsiva à tratamento (Htcs 8) e hemossépsia	10
			Citologia Cervical anormal (LIEAG) - Encaminhar para PTGI	3
			Doenças da tireoide diagnosticada na gestação	10
			Diabetes gestacional	10
			Doença Hipertensiva na Gestação (Pré-eclâmpsia, Hipertensão gestacional e Pré-eclâmpsia superposta)	10
			Alteração no doppler das Artérias uterinas (aumento da resistência) e/ou alto risco para Pré-eclâmpsia	5
			Doença Hemolítica	10
			Gemelar	10
			Isolunização Rh	10
			Insuficiência Istmo cervical	10
			Colo curto no morfológico 2T	10
			Malformação Congênita Fetal	10
			Neoplasia ginecológica ou Câncer diagnosticado na gestação	10
			Polidrâmio/ Oligodrâmio	10
			Restrição de crescimento fetal Intrauterino	10
			Toxoplasmose	10
			Sífilis terciária, Alterações ultrassonográficas sugestivas de sífilis neonatal ou resistência ao tratamento com Penicilina Benzatina	10
			Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou ITU2x)	10
			HIV, HTLV ou Hepatites Agudas	10
			Condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas em região genital/perianal) - Encaminhar para PTGI	5
			Feto com percentil > P90 (GKS) ou entre P3 e P10, com doppler normal (PIG)	5
			Hepatopatias (colestase ou aumento das transaminases)	10
			Hanseníase diagnosticada na gestação	10
			Tuberculose diagnosticada na gestação	10
			Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10

ESCORE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
Período Gestacional			Classificação de risco gestacional	Pontos	Escore total	
1º TRI	2º TRI	3º TRI			1º TRI	2º TRI
			Risco Habitual	ATÉ 4 PONTOS		
			Médio Risco	5 A 9 PONTOS		
			Alto Risco	10 OU + PONTOS		
DATA: / /			ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL			

Risco Habitual: Deve receber atendimento de pré-natal na APS pelo Enfermeiro intercalado com médico;
Médio Risco: Deve receber atendimento de pré-natal na APS pelo médico intercalado com enfermeiro e com monitoramento pela REDE CUIDAR;
Alto Risco: Deve ser encaminhada ao PNDAR, porém manter contato com plantonista da REDE CUIDAR até que primeira consulta seja realizada.



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 2

Estratificação de Risco da Gestante – Verso

CHECKLIST DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA AGENDAMENTO/ATENDIMENTO NO AME

ITENS	SIM	NÃO
Ficha de Estratificação		
Documentos de identificação (RG, CPF, comprovante de residencia, cartão SUS)		
Caderneta da Gestante		
Mapa pressórico		
Mapa glicêmico		
Plano de auto cuidado		
Cartão de vacina		
Medicamentos em uso		
Resumo de alta hospita		
Sumario de alta da maternidade (faz parte da ficha de Compartilhamento do Cuidado)		

EXAMES DO PRE-NATAL CORRESPONDENTES A IDADE GESTACIONAL (SOLICITADOS E AVALIADOS NA APS)						
EXAMES	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Hemograma						
Tipagem sanguínea						
Coombs indireto (Rh negativo)						
Glicemia de Jejum						
Teste de tolerância para glicose						
Teste Rápido sífilis						
Teste Rápido HIV						
Sorologia Hepatite B						
Toxoplasmose						
Sumário de Urina						
Urocultura						
Eletroforese de hemoglobina						
Citopatológico						
USG Obstétrica						

Justificativa para ausencia de exames do pré-natal

Data: ____/____/____	Assinatura e carimbo do responsável
----------------------	-------------------------------------



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 3

Ficha de Compartilhamento do Cuidado – Frente



PREFEITURA DE
MAMANGUAPE



SECRETARIA DE
SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DO AME PARA APS

IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário: _____ Data de nascimento: / / _____

Prontuário: _____ CPF do usuário: _____

UBSF municipal: _____ UBS Indígena: _____

Município: _____ : _____ Agente Comunitário de Saúde: _____

Telefone de contato: _____ Apoio Familiar (*nome e telefone*) _____

Capacidade para autocuidado: () Inadequado () Limitado () Adequado

QUEIXA PRINCIPAL

ALTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Medicação em uso	Dose	Via	Horário	Prescrito por/Data	Suspensão por/Data

CONDUTA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ALTO RISCO
(*Enfermeira(o) obstetra, Médico obstetra, Assistente Social, Psicólogo(a), Nutricionista, Fisioterapeuta*)

Data: _____

Data: _____

Data: _____

Data: _____

Data: _____

INTERCONSULTAS COM MÉDICOS ESPECIALISTAS (*Endocrinologista, Cardiologista, Neurologista, Psiquiatra, Outros*)

Data: _____

Data: _____

Data: _____



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 3

Ficha de Compartilhamento do Cuidado – Verso



EXAMES COMPLEMENTARES (Exames laboratoriais, Ultrassonografia morfológica, Ultrassonografia com Doppler, Cardiotocografia)

Data: _____	Data: _____
_____	_____
Data: _____	Data: _____
_____	_____

NECESSIDADE DE LAQUEADURA

Não () Sim () Motivo: _____

INTERCORRÊNCIAS

Internação hospitalar? Não () Sim () : _____

Qual hospital: _____

Motivo _____

PARTO (Preenchimento obrigatório pelo hospital)

Unidade hospitalar de referência: _____

Idade gestacional (semanas): _____

Início trab. parto:

Espontâneo Induzido Cesárea sem trab. de parto

Terminação:

Espontâneo Cesárea Forcêps/vácuo Outros

Parto:

Episiotomia Laceração Dequit. Espont Placenta compl. Método contraceptivo pós parto

Medicação no parto: Não () Sim () Qual? _____

PUERPÉRIO (Preenchimento obrigatório pela unidade de saúde de referência)

Data da consulta puerperal na APS: _____

Data da consulta pediátrica no AME: _____

Data do planejamento familiar na APS: _____

Intercorrências: Não () Sim () Qual? _____

Método contraceptivo: Não () Sim () Qual? _____



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 4

Ficha do Plano de Cuidado da APS - Frente



PLANO DE CUIDADOS APS

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário: _____ Data de nascimento: / / _____ CPF: _____
 Nome da mãe: _____ Agente Comunitário de Saúde: _____ Tipo de transporte: () Público () Próprio
 UBS de referência: _____ Município: _____
 UBS indígena de referência: _____ Profissional gestor do caso: _____
 Risco familiar: _____ Contato de emergência: _____
(conforme estratificação de risco) (nome e telefone)

2. AUTOCUIDADO

Letramento Funcional em Saúde (LFS): () Inadequado () Limitado () Adequado
 Adesão Terapêutica: () Pouco aderente - intencional () Pouco aderente - não intencional () Aderente
 Capacidade de Autocuidado: () Suficiente () Regular () Média () Boa () Ótima () Insuficiente

3. LISTA DE PROBLEMAS

Problemas identificados pela equipe (condição crônica nº de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

	Data da Identificação	Data da Resolução
1	/ /	/ /
2	/ /	/ /
3	/ /	/ /
4	/ /	/ /

Problemas identificados como prioridade pelo usuário: Inserir o número do problema sinalizado na lista acima

4. RESUMO - MEDICAÇÕES

Nome	Dose	Posologia	Início	Obs.	Término

5. PLANO DE CUIDADO - ABORDAGEM INTEGRADA EM EQUIPE

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 4

Ficha do Plano de Cuidado da APS – Verso



AUTOCUIDADO APOIADO (GERENCIADO PELO PROFISSIONAL GESTOR DO CASO)

OBJETIVOS

AÇÃO	FREQUÊNCIA	ONDE?	COMO?	COM QUEM?	RECURSOS	GRAU DE CONFIANÇA

AÇÃO	MONITORAMENTO				
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5

Eu, _____, me comprometo a participar das atividades pactuadas como protagonista no gerenciamento do meu cuidado, de modo que possa contar com o apoio da equipe de saúde para alcance das metas, procurando realizá-las e contribuindo para mudança de comportamento tendo em vista a incorporação de hábitos saudáveis de vida.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Observação: Como processo de internalização das pactuações apresentadas, a contratualização da pessoa usuária em seu Plano de Autocuidado Apoiado se faz necessária para que, simbolicamente, o compromisso com todas as atividades sistematizadas seja registrado. O usuário possuirá uma via do Plano de Autocuidado Apoiado e outra via ficará em posse do profissional responsável pelo caso, compartilhado com o Agente Comunitário de Saúde de referência.



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Atenção à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

ANEXO 5

Fluxo Assistencial das Gestantes na APS

