

## 6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA

### **Estratificação de Risco Linha de Cuidado Materno-infantil**

**Aprovada na CIB/PR em 24.02.2021**

A Linha de Cuidado Materno Infantil da Secretaria de Estado da Saúde tem como finalidade a organização da atenção e assistência nas ações do pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.

A redução da mortalidade materno-infantil em especial a materna são resultados de diversas ações, tais como: a organização dos processos de atenção, o acolhimento precoce das gestantes no pré-natal, a estratificação de risco e a vinculação da gestante conforme estratificação de risco ao hospital mais adequado para atender o seu parto, bem como o processo de capacitação dos profissionais de saúde.

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

Diante disso, a equipe da Divisão de Atenção à Saúde da Mulher da SESA coordenou o processo de revisão da estratificação de risco gestacional de forma colaborativa em conjunto com profissionais da Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar, bem como consultou técnicos das Regionais de Saúde, SESA central e a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA). A revisão, que hora se apresenta, passou ainda por consulta do Conselho Estadual de Saúde (Comissão de Saúde da Mulher) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR). Diante da necessidade de reforçar e orientar algumas condutas a 6ªRS incluiu além das estratificações de risco, um compilado de informações e orientações importantes voltadas ao cuidado da gestante.

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

## RISCO HABITUAL

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	<p>Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, <b>inclusive:</b></p> <p><u>Características individuais e socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Obesidade Grau I e Grau II (IMC&lt;40);</li> </ul> <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);</li> </ul> <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ameaça de aborto<sup>1</sup>;</li> <li>•Hipotireoidismo<sup>2</sup>;</li> <li>•Tabagismo (Fagerström &lt; 8 pontos)<sup>3</sup>;</li> <li>•Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE &lt;2 pontos)<sup>4</sup>;</li> <li>•Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl);</li> <li>•Depressão e ansiedade leve<sup>5</sup>;</li> <li>•Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).</li> </ul>

1. Ameaça de aborto é a presença de sangramento transvaginal antes de 20 semanas de gestação, associado ou não a dores por contrações uterinas. O colo uterino deve estar fechado e o concepto vivo intraútero. Demanda avaliação na maternidade de referência 2. Hipotireoidismo: Anexo I; 3. Teste de Fagerström: Anexo II; 4. Teste de T-ACE: Anexo III; 5. Para definição dos casos leves e graves relacionados à saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada.

## RISCO INTERMEDIÁRIO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)</p>	<p>Equipe APSE</p> <p>Equipe Multiprofissional Especializada</p>	<p>Gestantes que apresentam:</p> <p><u>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade &lt; 15 anos ou &gt; 40 anos;</li> <li>• Baixa escolaridade (&lt;3 anos de estudo);</li> <li>• Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>• Gestante negra (preta ou parda);</li> <li>• Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos)<sup>1</sup>;</li> <li>• Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)<sup>2</sup>;</li> </ul> <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior<sup>3</sup>;</li> <li>• Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);</li> <li>• Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior;</li> <li>• Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades.</li> </ul> <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes gestacional não-insulinodependente;</li> <li>• Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);</li> </ul>

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

## ALTO RISCO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p>E</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)</p>	<p>Equipe APS</p> <p>E</p> <p>Equipe multiprofissional Especializada</p>	<p><u>Características individuais e condições socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência de drogas ilícitas;</li> <li>• Obesidade mórbida (IMC ≥ 40).</li> </ul> <p><u>Condições Clínicas prévias à gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento;</li> <li>• Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades;</li> <li>• Cirurgia uterina prévia fora da gestação;</li> <li>• Colelitíase com repercussão na atual gestação;</li> <li>• Diabetes mellitus tipo I e tipo II;</li> <li>• Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional);</li> <li>• Doenças hematológicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença falciforme (exceto traço falciforme);</li> <li>• outras hematopatias.</li> </ul> </li> <li>• Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras);</li> <li>• Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥ 4;</li> <li>• Hipertensão arterial crônica;</li> <li>• Hipertireoidismo;</li> <li>• Histórico de tromboembolismo;</li> <li>• Má formação útero-vaginal;</li> <li>• Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação);</li> <li>• Neoplasias;</li> <li>• Pneumopatias descompensadas ou graves;</li> <li>• Psicose ou depressão grave<sup>1</sup>.</li> </ul> <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);</li> <li>• Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores.</li> </ul>

	<p><u>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Anemia grave (Hemoglobina&lt;8);</li> <li>•Diabetes gestacional insulínodépendente;</li> <li>•Doenças infectocontagiosas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses;</li> </ul> </li> <li>• Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;</li> <li>•Doença hemolítica perinatal;</li> <li>•Gestação gemelar;</li> <li>•Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio).</li> <li>•Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo);</li> <li>•Incompetência Istmo-cervical;</li> <li>•Má formação fetal confirmada;</li> <li>•Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)<sup>2</sup>;</li> <li>•Oligodrâmnio ou polidrâmnio;</li> <li>•Placenta acreta/acretismo placentário;</li> <li>•Placenta prévia (após 22 semanas);</li> <li>•Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)<sup>2</sup>;</li> <li>•Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia;</li> <li>•Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário);</li> <li>•Tromboembolismo na gestação;</li> <li>•Trombofilias na gestação;</li> <li>•Senescência placentária com comprometimento fetal.</li> </ul>
--	--

1. Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada. 2. Utilizar Tabela de adlock (vide carteira da gestante).

**Importante:**

- **A estratificação de risco deve ser realizada em todos os atendimentos**, ou seja, na primeira consulta e em todas as subsequentes programadas, ou sempre que for identificado um fator de risco.
- Basta a identificação de um único critério para definir o estrato de risco,

predominando o critério relacionado ao maior risco.

- O compartilhamento do cuidado da gestante com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) poderá ocorrer em qualquer período do pré-natal, conforme estratificação de risco realizada. Com destaque para a garantia do número mínimode consultas e exames previstos na Linha Guia Materno Infantil.
- Na ocorrência de transição de cuidado da AAE para a Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância a elaboração do Plano de Cuidados da Gestante, bem como, a definição de condições que poderão determinar novo encaminhamento para avaliação e conduta da equipe da AAE e apoio matricial.
- A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe. Ou seja, **deverão manter objetivo e conduta comum com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da gestante.**
- As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência e regulação imediata, respeitados fluxos pré definidos na APS, AAE e Atenção Hospitalar.

## ANEXO 1: Hipotireoidismo

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

O tratamento para o hipotireoidismo é recomendado quando os níveis de TSH são: >2.5 IU/L no 1º trimestre e >3,0 IU/L no 2º e 3º trimestre da gestação (Thyroid Diseases in Pregnancy, Figo).

### Rastreio de tireoidopatia na gestação:

TSH:

1º trimestre: 0,1 – 2,5mU/L

2º trimestre: 0,2 – 3,0mU/L

3º trimestre: 0,3 -3,0mU/L





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

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

Os casos de hipotireoidismo refratários ao tratamento ou que apresentem comorbidades deverão ser encaminhados para avaliação no Alto Risco.

**Tratamento - Levotiroxina (LT4):**

Dose:

VALOR TSH	DOSE LT4
Até 5	25mcg
5 – 10	50mcg
> 10	1mg/Kg peso

**Julgamento médico:** ponderar se é doença subclínica/ franca e peso da paciente

## ANEXO 2: TABAGISMO

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

**TESTE DE FAGERSTROM:** mede o grau de dependência à nicotina. Ele deve ser aplicado nas gestantes tabagistas na primeira consulta e quando necessário em consultas subsequentes. As perguntas devem ser feitas as gestantes, somados o número no final de cada resposta e avaliado o resultado no fim da página.

Teste de Fagerstrom	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? <ul style="list-style-type: none"><li>● Dentro de 5 minutos (3)</li><li>● 6-30 minutos (2)</li><li>● 31-60 minutos (1)</li><li>● Depois de 60 minutos (0)</li></ul>	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)? <ul style="list-style-type: none"><li>● Sim (1)</li><li>● Não (0)</li></ul>	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? <ul style="list-style-type: none"><li>• O primeiro da manhã (1)</li><li>• Outros (0)</li></ul>	
4. Quantos cigarros você fuma por dia? <ul style="list-style-type: none"><li>• Menos de 10 (0)</li><li>• De 11 a 20 (1)</li><li>• De 21 a 30 (2)</li><li>• Mais de 31 (3)</li></ul>	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? <ul style="list-style-type: none"><li>Ⓐ Sim (1)</li><li>Ⓑ Não (0)</li></ul>	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? - Sim (1) - Não (0)	
Total de pontos	

Resultado Teste de Fagerström:

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

## ANEXO 3

### ETILISMO

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Diante de resposta positiva ao uso de álcool deve ser aplicado o teste abaixo.

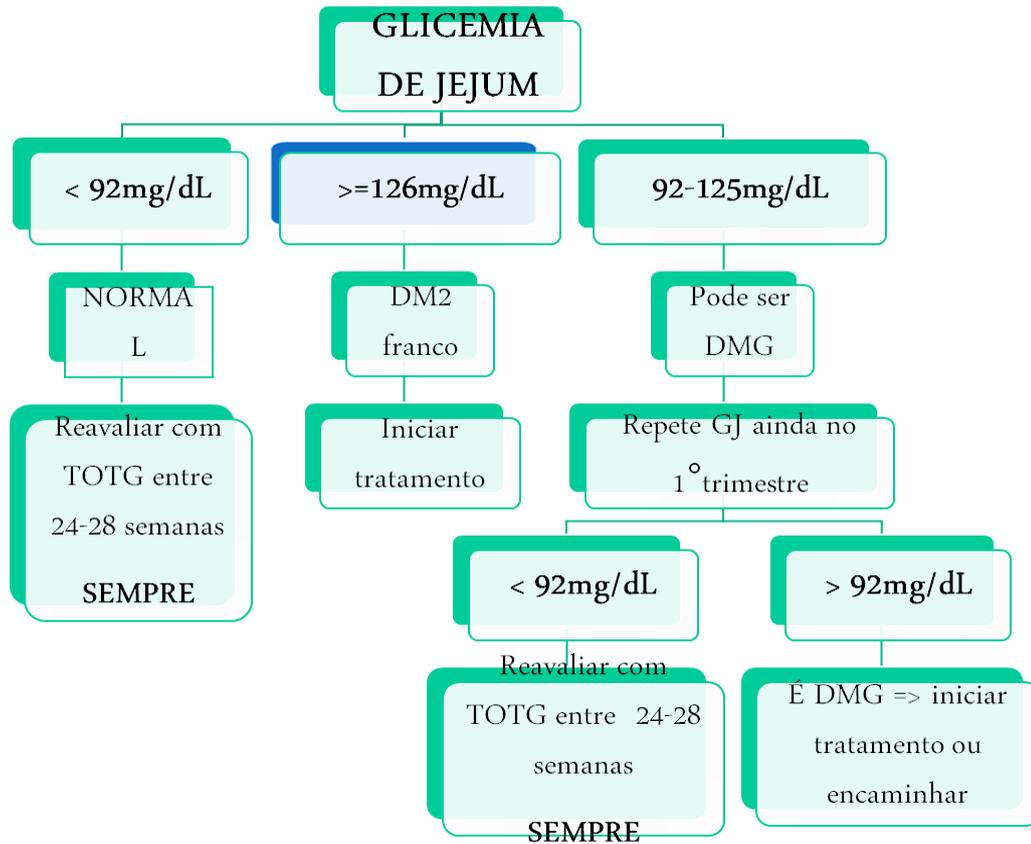
#### TESTE T-ACE

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

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

Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasil, 2013.

## ANEXO 4 DIABETES



### Teste de tolerância a glicose:

- ⦿ Teste oral de tolerância a glicose (75g glicose) entre 24 -28 semanas para TODAS as gestantes
- ⦿ Só não faz TOTG nas gestantes que já foram diagnosticadas com DMG ou DM2 no 1º trimestre

	DMG
JEJUM	≥ 92mg/dL
1 HORA	≥ 180mg/dL
2 HORAS	≥ 153mg/dL

1 ponto alterado na curva já faz diagnóstico de DMG e é necessário início de tratamento

### Resumindo TOTG:

	NORMAL	DMG	DM2 franco
JEJUM	< 92mg/dL	92-125mg/dL	>=126mg/dL
1 HORA	< 180mg/dL	>= 180mg/dL	*
2 HORAS	< 153mg/dL	153-199mg/dL	>=200mg/dL

Orientar realizar ao menos 2 dextros ao dia:

DATA	JEJUM	1 HORA PÓS CAFÉ	ANTES ALMOÇO	1 HORA PÓS ALMOÇO	ANTES JANTAR	1 HORA PÓS JANTAR
01/05	112	183				
02/05			124	195		
03/05					131	176

#### Metas:

- Jejum < 95 mg/dl
- 1h pós prandiais <140mg/dL
- 2 h pós-prandiais < 120 mg/dl

Se HGTs fora de meta após 2 semanas de dieta e exercícios, é necessário iniciar tratamento medicamentoso

#### Tratamento Medicamentoso

#### INSULINA = PADRÃO OURO NA GESTAÇÃO

Dose inicial: 0,5 U/kg (NPH e regular)

- **Metformina** parece ser segura na gestação mas em bula ainda é contra-indicada durante gestação. Pode ser usada com cautela quando o uso de insulina não é viável.

- **Glibenclamida** causa hipoglicemia neonatal, maior ganho de peso materno e fetal e macrosomia => **NÃO USAR**

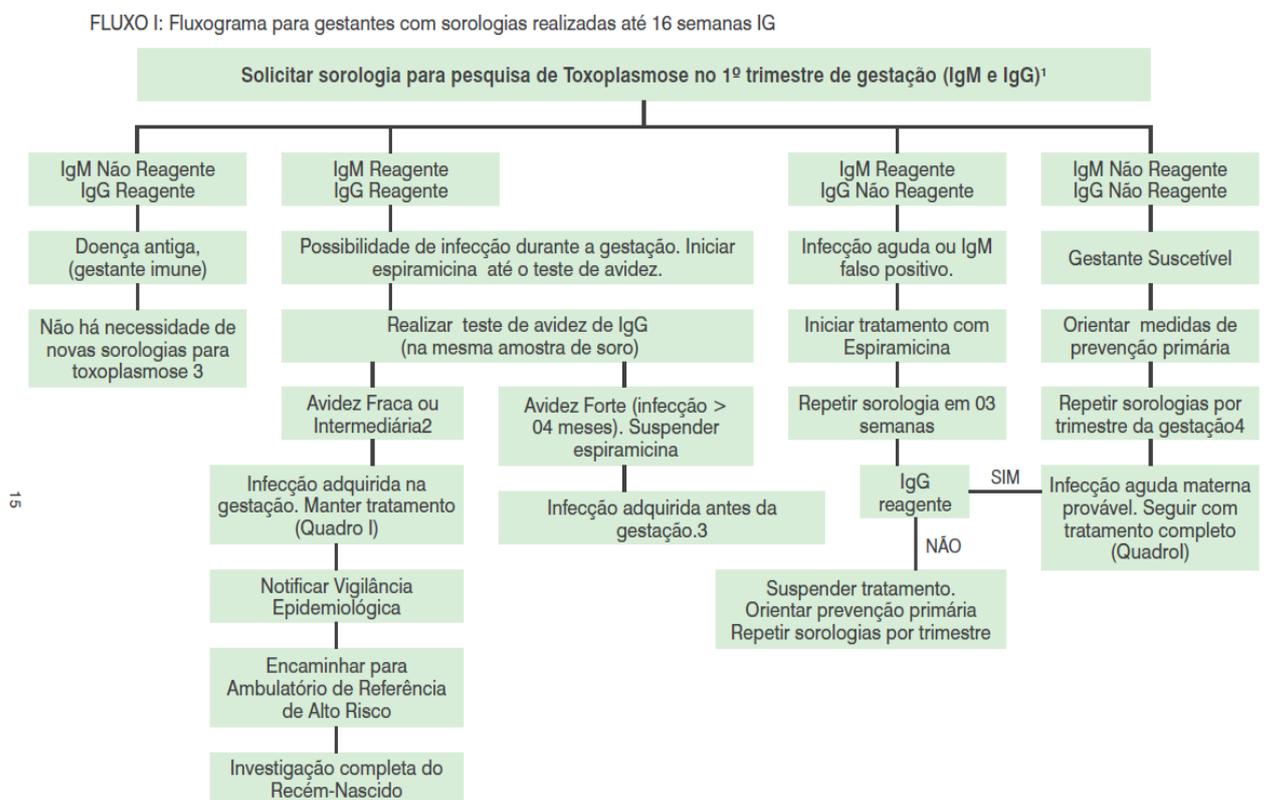
- Outros agentes orais são contraindicados

- Aprovados na gestação: NPH, Regular, detemir, asparte e lispro
- Ainda não recomendadas: glargina, glulisina e degludeca
- **Em geral, iniciar NPH-R 0,5U/Kg de peso dividida igualmente entre NPH e R**

## ANEXO 5

### TOXOPLAMOSE

#### Esquema Terapêutico Toxoplasmose Aguda na Gestação

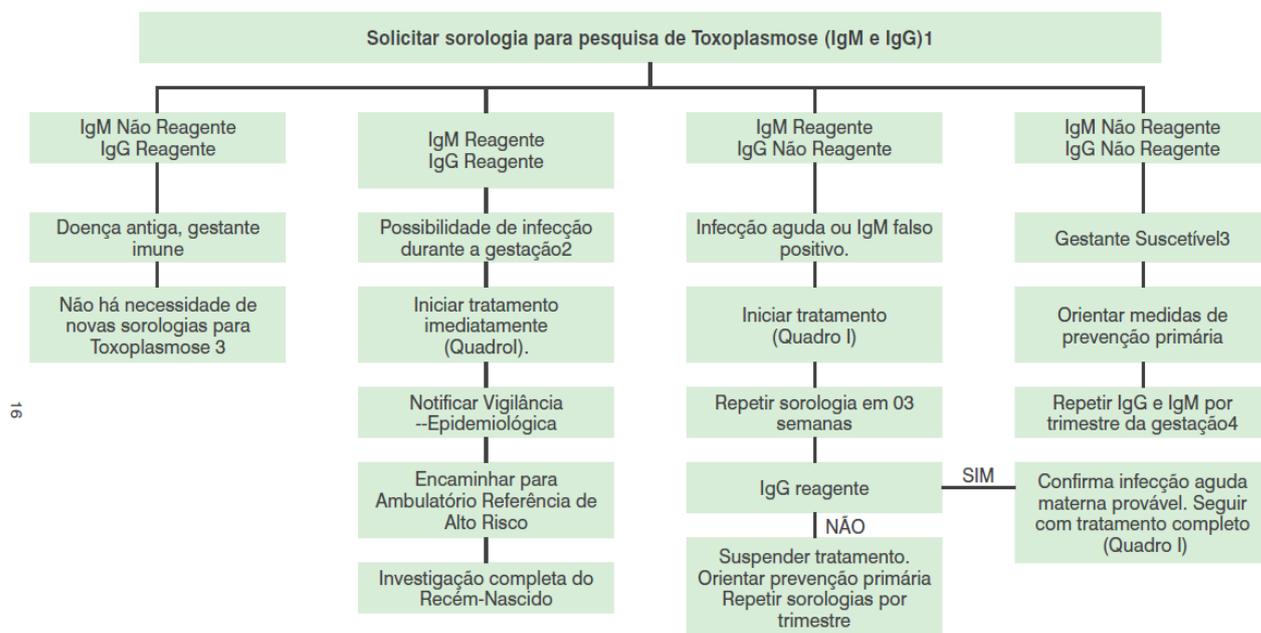


Nota: 1. O LACEN-PR ou laboratório prestador de serviço deverá devolver o resultado deste exame, no máximo em até 10 dias do recebimento.

2. No caso de ser avidéz fraca ou intermediária, o LACEN-PR deverá comunicar imediatamente às Vigilâncias Epidemiológicas das Regionais de Saúde que o resultado está disponível no Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL.

3. Gestantes usuárias de imunossuppressores ou com risco para imunossupressão como HIV/AIDS, deverão ser orientadas quanto às medidas de prevenção primária.

4. Repetir sorologias no 2º e 3º trimestres, se a gestante for suscetível, conforme Linha Guia Mãe Paranaense.



- Nota: 1. O LACEN-PR ou laboratório prestador de serviço deverá devolver o resultado deste exame, no máximo em até 10 dias do recebimento.  
 2. No caso de ser avidéz fraca ou intermediária, o LACEN-PR deverá comunicar imediatamente às Vigilâncias Epidemiológicas das Regionais de Saúde que o resultado está disponível no Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL.  
 3. Gestantes usuárias de imunossupressores ou com risco para imunossupressão como HIV/AIDS, deverão ser orientadas quanto às medidas de prevenção primária.  
 4. Repetir sorologias no 2º e 3º trimestres, se a gestante for suscetível, conforme Linha Guia Mãe Paranaense.

QUADRO I: Esquema terapêutico para toxoplasmose aguda na gestação, quando não há possibilidade de confirmar infecção fetal no líquido amniótico, por meio do PCR em tempo real.

IDADE GESTACIONAL	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Até 16ª semana	Espiramicina	3 gramas / dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.00 UI) 2 cp via oral de 8/8h.
Entre 17ª e 33ª semana	Sulfadiazina *	3 gramas / dia. (6 comp de 500 mg) 2 cp via oral de 8/8h.
	Pirimetamina *	50 mg/dia (2 comp de 25 mg) 1 cp via oral de 12/12h.
	Ácido Fólnico	1 comprimido (15 mg) via oral ao dia.
A partir da 34ª semana	Espiramicina	3 gramas / dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.00 UI) 2 cp via oral de 8/8h.

Fonte: Adaptado de MITSUKA-BREGANÓ et al 2010; REMINGTON, 2006, CURITIBA, 2012 e FEBRASGO 2021.

\* Esquema toxoplasmose atualizado 2021

**Exames para gestantes de estratificação de Risco Habitual, Intermediário e Alto no quantitativo especificado a seguir:**

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

\* (se suscetível) IgG de 1º trimestre negativo

\*\*Se IgG e IgM positivos

## ANEXO 6

### INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

QUADRO 12– Abordagem da infecção urinária na gestação

	Bacteriúria Assintomática	Cistite	Pielonefrite
Conceito	Presença de bactéria na urina sem sintomatologia específica	Disúria, polaciúria, urgência miccional, dor retropúbica, suprapúbica e abdominal, com menor frequência hematúria.	Piora do estado geral com febre, calafrios, cefaléia, áuseas, vômitos e hipersensibilidades do ângulo-costa vertebral (Giordano+).
Conduta	Cultura de urina no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gravidez. Controle de cura 7 dias – cultura urina. Repetir mensalmente até o parto.	Cultura de urina no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gravidez.	Hospitalização. Solicitar hemograma, níveis séricos eletrólitos, creatinina e cultura de urina. Recomenda-se hidratação com soluções salinas.
Diagnóstico	Urocultura positiva com presença de mais de 100mil colônias bacterianas/ ml	Leucocitúria (> 10 leucócitos/campo) e hematúria são comuns, mais não são necessariamente presente.	Urocultura positiva . As bactérias mais frequentes são Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter e Proteus .
Tratamento	Longa duração: 7 a 10 dias Nitrofurantoína 100mg VO de 6/6horas Ampicilina 500mg VO de 6/6horas Amoxicilina 500mg VO de 8/8horas Cefalexina 500mg VO de 6/6horas		Cefalotina ou Cefazolina 1,0g IV de 6/6horas Ampicilina 1,0g IV de 6/6horas Terapia Oral: se a gestante permanecer afebril após 24 a 48 horas
Observação	Podem ser em regime de dose única, de curta duração ou longa duração. A escolha do método dependerá da avaliação clínica da gestante.		Em caso de resistência: Gentamicina e 5-7mg/kg dose única intramuscular e diária Dosagem da creatinina plasmática.

Recomendação: profilaxia com antibioticoterapia oral, uma vez ao dia durante a gravidez e até duas semanas após o parto, com Nitrofurantoína 100mg ou Amoxicilina 250mg ou Cefalexina 250mg.

- Nitrofurantoína- não usar após 36ª semana de gestação e durante a lactação. Há risco do RN desenvolver anemia hemolítica. Não usar se o agente infaccioso for Proteus sp., pelo alto índice de resistência.

### RECOMENDAÇÕES

- Rastreamento pré-natal adequado para diagnóstico da bacteriúria assintomática a fim de evitar as formas mais complicadas de ITU. Deve ser coletada uma urocultura na primeira consulta pré-natal, no segundo trimestre e outra no início do terceiro trimestre. Para pacientes com fatores de risco e/ou recorrência, a vigilância com cultura mensal pode ser uma estratégia cuidadosa mais adequada.

- Adequação dos antibiogramas, específicos para gestantes, para melhor opção de escolha dos antibióticos, procurando prescrever aqueles com a menor concentração inibitória bacteriana e respeitando a tolerabilidade, disponibilidade e segurança para o binômio materno-fetal.
- Valorização dos sinais clínicos das formas sintomáticas para diagnóstico e tratamento precoces visando à prevenção secundária da evolução para sepse e complicações graves.
- Elencar os casos com fatores de risco, critérios para recorrência e necessidade de profilaxia com antibióticos e adjuvantes.
- Orientar as gestantes e puérperas no tocante aos hábitos de ingestão hídrica, diurese e higiene íntima.
- Na eventualidade da paciente apresentar infecção urinária pelo *Streptococcus B* hemolítico do grupo B (*S. agalactiae*), deve ser registrado na carteirinha de pré-natal para que se possa ser realizada a profilaxia anteparto da sepse neonatal.

## PRÉ-NATAL

- Captar a Gestante o mais precoce possível (antes da 12ª semana de gestação);
- A APS deve garantir no mínimo 7 consultas de pré-natal (2 no 1º trim., 2 no 2º trim. e 3 no 3º trim. de gestação).
- **Gestante risco habitual / intermediário / alto risco APS: consultas intercaladas enfermeiros e médicos;**
- **Seguir o plano de cuidados elaborado pela equipe da atenção secundária (CISVALI);**
- **Na 1ª consulta:** consulta com enfermeiro, após confirmação da gestação por teste rápido ou Beta HCG, atualizar o cadastro da paciente caracterizando-a como gestante no prontuário eletrônico, fornecer a carteirinha de gestante com os campos de identificação, cartão SUS e hospital de referência para o parto preenchidos, solicitar os exames de pré-natal e realizar demais orientações;
- **Estratificação do risco:** realizar em todas as consultas de pré-natal, registrando na carteirinha da gestante e prontuário e encaminhá-la para co-acompanhamento no ambulatório de alto risco quando indicado, continuar plano de cuidados, selecionando também, para a **gestão de caso;**
- Verificar carteirinha de **vacina** e garantir a atualização;

- 100% das gestantes com participação em atividades educativas (1x trimestre);
- Agendar **consulta odontológica** (avaliação primeiro trimestre);
- **Realizar Gestão de caso para todas as gestantes e puérperas de risco de alto risco e as de risco intermediário que se fizer necessário;**
- Todos os profissionais devem realizar o registro dos atendimentos prestados às gestantes em prontuário e carteirinha da gestante, incluindo médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e demais profissionais.

## **PUERPÉRIO**

- Visita domiciliar até o 5º dia após o parto;
- Agendar consulta puerperal:
  - 1 consulta médica entre 7 e 10 dias de puerpério;
  - 1 consulta de enfermagem e/ou médica até 42º dia de puerpério;

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE CRIANÇAS NO PARANÁ

Aprovada na CIB/PR em 28.04.2021

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

Os critérios da estratificação devem ser reavaliados **de forma contínua e dinâmica**, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, porque as crianças podem ter evolução que permita mudança de risco.

Os riscos ao nascer identificados de cada criança devem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos RN, sendo estratificada em **Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco** na dependência de dados maternos (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas), antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

O acompanhamento da criança é realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), onde pode ser mantido exclusivamente ou de forma compartilhada com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), quando for necessário esse tipo de acompanhamento. Importante enfatizar que mesmo na necessidade de acompanhamentos específicos, a assistência integral ao paciente deve ser assegurada pelo Plano de Cuidados compartilhado com a APS.

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à criança. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe. Ou seja, deverão manter objetivo e conduta comum com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da criança.

Diante disso, a equipe da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da SESA realizou a revisão da estratificação de risco da criança de 0 a 2 anos, bem como consultou técnicos das Regionais de Saúde, SESA central e Conselho Regional de Medicina. A revisão, que hora se apresenta, passou ainda por consulta do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR). Diante da necessidade de reforçar e orientar algumas condutas a 6ªRS incluiu além das estratificações de risco, um compilado de informações e orientações importantes voltadas ao cuidado da criança.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AO NASCER

### RISCO HABITUAL

<b>Quem atende? (Pontos de Atenção)</b>	<b>Quem é? (Criança)</b>
<b>APS - (Unidade de Saúde)</b>	<p>Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Critérios: APGAR &gt; 7 no 5º minuto;</li><li>• Peso ao nascer <math>\geq 2.500\text{g}</math> e <math>&lt; 4.000\text{g}</math>;</li><li>• Idade gestacional <math>\geq 37</math> e <math>&lt; 42</math> semanas.</li></ul>

Para as crianças classificadas como Risco Intermediário deve-se ampliar o calendário de consultas conforme descrito na seção **Calendário de Puericultura**. Estas crianças terão seu acompanhamento intensificado e caso evoluam sem melhora de fatores de risco ou piora dos mesmos, devem ser reclassificados como Alto Risco e encaminhados para a AAE.

### RISCO INTERMEDIÁRIO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p><b>APS - (Unidade de Saúde)</b> (com maior cuidado – calendáriode puericultura Risco Intermediário)</p>	<p><b><u>Características individuais e socioeconômicas materna:</u></b>            Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com infecção intrauterina (STORCHZ<sup>1</sup>) + HIV.</li> <li>• Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>• Negras;</li> <li>• Com menos de 4 consultas de pré-natal;</li> <li>• Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;</li> <li>• Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li> <li>• Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li> <li>• Que apresentaram exantema durante a gestação;</li> <li>• Com gravidez indesejada<sup>2</sup>;</li> <li>• Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto<sup>3</sup> e/ou natimorto<sup>4</sup>);</li> <li>• Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;</li> <li>• Com histórico de violência interpessoal;</li> <li>• Que morreram no parto.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>E/OU</b></p> <p><b><u>Características do nascimento:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer <math>\geq 2.000g</math> e <math>&lt; 2.500g</math>;</li> <li>• Idade gestacional entre <math>\geq 35</math> e <math>&lt; 37</math> semanas;</li> <li>• Anomalias congênitas menores<sup>5</sup>;</li> </ul>

<sup>1</sup> Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

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

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

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

<sup>5</sup> São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores.

**Exemplos:** fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

Para as crianças classificadas como alto risco deve ocorrer o **cuidado compartilhado** entre a AAE e a APS em que a família está cadastrada. A Equipe da APS deve monitorar esse

seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

## ALTO RISCO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p><b>APS - (Unidade de Saúde)</b> (com maior cuidado – calendário de puericultura Alto Risco)</p> <p><b><u>COMPARTILHADO</u></b></p> <p><b>AAE - (Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório)</b> (interconsultas agendadas)</p>	<p><b><u>Características do nascimento:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer &lt; 2.000g e ≥ 4.000g;</li> <li>• Idade gestacional ≤ 34 semanas;</li> <li>• Asfixia perinatal (APGAR &lt; 7 no 5º minuto);</li> <li>• Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão;</li> <li>• Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)<sup>6</sup>;</li> <li>• Doenças genéticas, cromossomopatias<sup>7</sup>.</li> </ul>

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

<sup>7</sup> Como por exemplo, a síndrome de Down.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ENTRE 1 MÊS E 2 ANOS

Visando a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança até os dois anos, período importante e sensível da primeira infância, durante o acompanhamento de puericultura do lactente na APS, a estratificação de risco deve ser **atualizada a cada consulta**. Deve-se priorizar as crianças de risco para desenvolvimentos de ações em vigilância em saúde com busca ativa para manutenção do calendário de puericultura para crianças de risco intermediário e alto risco, bem como para o encaminhamento a AAE, quando necessário.

## RISCO HABITUAL

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<b>APS - (Unidade de Saúde)</b>	<p>Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triagem neonatal com resultado normal<sup>8</sup>;</li> <li>• Vacinação em dia;</li> <li>• Adequado crescimento<sup>9</sup>;</li> <li>• Adequado desenvolvimento<sup>10</sup>.</li> </ul>

<sup>8</sup> Teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e pezinho.

<sup>9</sup> Conforme gráficos de dispostos na caderneta da criança.

<sup>10</sup> Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

Para as crianças classificadas como Risco Intermediário deve-se ampliar o calendário de consultas conforme descrito na seção **Calendário de Puericultura**. Estas crianças terão seu acompanhamento intensificado e caso evoluam sem melhora de fatores de risco ou piora dos mesmos, devem ser reclassificados como Alto Risco e encaminhados para a AAE.

### RISCO INTERMEDIÁRIO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
-------------------------------------	----------------------

<p><b>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendáriede puericultura Risco Intermediário)</b></p>	<p><b><u>Características individuais e socioeconômicas materna:</u></b>  Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com infecção intrauterina (STORCH<sup>11</sup>) + HIV.</li> <li>• Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>• Negras;</li> <li>• Com menos de 4 consultas de pré-natal;</li> <li>• Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;</li> <li>• Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li> <li>• Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li> <li>• Que apresentaram exantema durante a gestação;</li> <li>• Com gravidez indesejada<sup>12</sup>;</li> <li>• Com gravidez decorrente de violência sexual;</li> <li>• Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto<sup>13</sup> e/ou natimorto<sup>14</sup>);</li> <li>• Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;</li> <li>• Mãe sem suporte familiar<sup>15</sup>;</li> <li>• Chefe da família sem fonte de renda;</li> <li>• Depressão pós-parto e/ou baby blues<sup>16</sup>;</li> <li>• Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica;</li> <li>• Pais com dependência de álcool e outras drogas<sup>17</sup>;</li> </ul>
--	--

<sup>11</sup> Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

<sup>12</sup> Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

<sup>13</sup> Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).

<sup>14</sup> Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.

<sup>15</sup> Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.

<sup>16</sup> Diagnóstico atual ou pregresso.

<sup>17</sup> Pode-se utilizar a classificação T-ACE ad gestante, que consta na estratificação de risco da gestante.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;</li> <li>• Com histórico de violência interpessoal;</li> <li>• Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN<sup>18</sup>;</li> <li>• Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>E/OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer <math>\geq 2.000\text{g}</math> e <math>&lt; 2.500\text{g}</math>;</li> <li>• Idade gestacional <math>\geq 35</math> e <math>&lt; 37</math> semanas;</li> <li>• Anomalias congênitas menores<sup>19</sup>;</li> <li>• Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;</li> <li>• Criança sem realização de triagem neonatal<sup>20</sup>;</li> <li>• Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);</li> <li>• Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou Sobrepeso;<sup>21</sup></li> <li>• Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado<sup>22</sup>;</li> <li>• Cárie<sup>23</sup>;</li> <li>• Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro e um período de 3 meses.</li> </ul>
--	--

<sup>18</sup> Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.

<sup>19</sup> São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores.  
**Exemplos:** fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

<sup>20</sup> Diz respeito sobre o teste da orelhinha, olhinha, coraçõzinho e do pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais testes já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes, mas possuem agendamento também se enquadram no critério.

<sup>21</sup> De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade**  $>$  escore-z +2 | **Peso adequado para a idade**  $\geq$  escore-z 2 e  $\leq$  escore-z +2 | **Baixo peso para idade**  $\geq$  escore-z -3 e  $<$  2 | **Muito baixo peso para a idade**  $<$  escore-z -3.

<sup>22</sup> Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

<sup>23</sup> Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

Para as crianças classificadas como alto risco deve ocorrer o **acompanhamento conjunto** entre a AAE e a APS em que a família está cadastrada. A Equipe da APS deve monitorar esse seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

### ALTO RISCO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p><b>APS - (Unidade de Saúde)</b> (com maior cuidado – calendário de puericultura AltoRisco)</p> <p><b><u>COMPARTILHADO</u></b></p> <p><b>AAE - (Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório)</b> (interconsultas agendadas)</p>	<p><b><u>Afecções perinatais e malformações congênitas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer &lt; 2.000g e ≥ 4.000g;</li> <li>• Prematuridade ≤ 34 semanas;</li> <li>• Asfixia perinatal e/ou APGAR &lt; 7 no 5º minuto;</li> <li>• Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão, Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;</li> <li>• Doença genética, malformações congênitas graves<sup>24</sup> (com repercussão clínica), cromossomopatias<sup>25</sup> e doenças metabólicas com repercussão clínica;</li> <li>• Testes de triagem neonatal alterados<sup>26</sup>;</li> <li>• Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária<sup>27</sup>;</li> <li>• Sinais de violência / maus tratos;</li> <li>• Desnutrição grave e/ou obesidade<sup>28</sup>;</li> <li>• Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.</li> </ul>

<sup>24</sup> Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

<sup>25</sup> Como por exemplo, a síndrome de Down.

<sup>26</sup> Diz respeito sobre os testes da orelhinha, olhinha, coraçãozinho e do pezinho. A identificação de um único teste alterado já caracteriza como alto risco.

<sup>27</sup> Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

<sup>28</sup> De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade** > escore-z +2 | **Peso adequado para a idade** ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | **Baixo peso para idade** ≥ escore-z -3 e < 2 | **Muito baixo peso para a idade** < escore-z -3.

## **OBSERVAÇÕES:**

- A **estratificação de risco ao nascer** deve ser realizada na maternidade ou no primeiro atendimento do RN na APS;
- A **estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos de vida** deve ser realizada em todas as consultas;
- A **identificação de um único critério** define o estrato de risco da criança, predominando o critério maior;
- A **maternidade deverá preencher todos os campos da Caderneta de Saúde da Criança referente ao período neonatal**, bem como anexará resumo das intercorrências no período de permanência na unidade, quando da alta;
- Quando o **cuidado for compartilhado entre a APS e AAE é de extrema importância a construção e execução do Plano de Cuidados compartilhado da criança**. O Plano deve ser elaborado pela APS e a AAE fará as considerações e complementações. Quando da liberação ambulatorial, a AAE enviará à APS o relatório do período de seguimento da criança;
- A **AAE direcionará a periodicidade de retornos, encaminhamentos a outros especialistas e liberação ambulatorial**;
- Quando houver comprometimento do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções, **o médico deverá ser o direcionador das consultas e/ou visitas domiciliares da equipe de saúde pela APS** até a criança completar os 2 anos de vida ou mais.

## **CALENDÁRIO DE PUERICULTURA**

A equipe de APS, no âmbito da saúde da criança, pode organizar o processo de trabalho com a oferta de uma atenção equânime e integral que depende da estratificação de risco e da presença de vulnerabilidade. **Assim, a atenção da criança deve ser diferenciada se for detectada a vulnerabilidade sociofamiliar, onde se destaca:**

**Mães com deficiências física/mental;**

**Pais ou responsáveis dependentes de álcool e outras drogas;**

**Pais ou responsáveis sem renda;**

**Famílias em situações de violência;**

**Condições socioambientais desfavoráveis.**

- Sete consultas de rotina no primeiro ano devida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 3º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário;
- O número de consultas diferenciado pela avaliação da Equipe Multiprofissional dependerá da capacidade instalada na APS, estimando a população infantil no território de abrangência e nas demandas populacionais. Entre as ofertas da APS no cuidado à criança estão as visitas domiciliares, os grupos, as ações de promoção e prevenção na unidade, na escola e na comunidade.

### Calendário de consultas de puericultura na APS.

ER	1ª sem	1º m	2º m	3º m	4º m	5º m	6º m	7º m	8º m	9º m	10º m	11º m	12º m	15º m	18º m	21º m	24º m
RH	X	X	X		X		X			X			X		X		X
RI	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X	X
AR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- **Realizar gestão de caso para todas as crianças de alto risco até 1 ano de idade;**
- Cadastrar 100% das crianças menores de 2 anos;
- Visita domiciliar até 5º dia após parto;
- Estratificação primeira consulta (a estratificação de risco deve ser realizada na primeira visita domiciliar e em todas as consultas e visitas subsequentes);
- Avaliação odontológica: primeiro ano de vida;

### ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA MATERNO INFANTIL

O ponto de atenção ambulatorial especializado garante o atendimento **complementar às gestantes (risco intermediário e alto risco) e crianças de até 2 ano de idade (alto risco)**. Este atendimento é desempenhado por uma equipe multiprofissional, de maneira interdisciplinar e especializada, com atenção continuada e complementar às ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

O modelo de atenção adotado reforça a importância da integralidade no cuidado, em que a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional, de diagnóstico e terapêutico ofertados. Nesse modelo estarão disponíveis profissionais como: obstetras, pediatras, cirurgiões pediatras, endocrinologistas, nefrologistas, cardiologistas, nutricionistas, enfermeiros (preferencialmente enfermeiros obstétricos), farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, entre

outros.

### Competências da Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatórios)

- Garantia de acesso e qualidade do serviço na perspectiva de atenção multiprofissional, respeitando os aspectos culturais de utilização dos serviços, voltados para a atenção humanizada da gestante.
- Disponibilizar com antecedência as agendas de consultas, exames e procedimentos para utilização pelo município, conforme padrão SESA, via sistema CARE Paraná.
- Realizar atendimento às gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional.
- O atendimento deve ser organizado, no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais, para avaliação clínica por todos os profissionais e prescrição das condutas e recomendações, sistematizados em único Plano de Cuidados para cada pessoa. **O plano de cuidado deve ser assumido como o principal instrumento de comunicação entre as equipes, sendo inicialmente elaborado pela equipe da APS, revisado e complementado pela equipe da AAE, e monitorado por ambas as equipes.**
- Disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados. Caso seja necessário a realização de exames laboratoriais complementares, estes poderão ser solicitados por este nível de atenção e realizados pela APS. Os exames de imagem de rotina são de responsabilidade da APS, e os exames complementares, são solicitados a critério médico de acordo com a necessidade clínica da gestante, e devem ser realizados de acordo com pactuação regional e municipal.
- Realizar o registro do atendimento no prontuário e carteira da gestante e/ou carteirinha da criança, bem como nos formulários e encaminhamentos.
- Realizar ações de capacitação e apoio presencial ou à distância para as equipes da APS e AAE.
- A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) deverá receber a gestante e criança em qualquer período do pré-natal, conforme estratificação de risco realizada pela APS.
- Na ocorrência de transição de cuidado da AAE para a Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância a elaboração do Plano de Cuidados da Gestante, bem como a definição de condições que poderão determinar novo encaminhamento para avaliação e conduta da equipe da AAE.
- A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal e as crianças. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe. Ou seja, deverão manter objetivo e conduta comuns com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e

os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado à gestante e criança.

**Risco intermediário**

- **Realizar primeira consulta individual, no primeiro trimestre, para as gestantes de Risco Intermediário.** Caso seja necessário, a equipe multiprofissional deverá agendar novos atendimentos.
- Realizar a transição do cuidado dos usuários com a APS com elaboração de plano de cuidado.
- Garantir exames solicitados a critério médico do ambulatório para gestantes de Risco Intermediário no quantitativo especificado a seguir:

**Exames**

**Quantitativo Mínimo liberado**

Ultrassom Obstétrico

1 exame / GRI (a critério médico)

Ultrassom Obstétrico com doppler

1 exame / GRI (a critério médico)

Ultrassom Morfológico

1 exame / GRI (a critério médico)

Tococardiografia anteparto

1 exame / GRI (a critério médico)

Eletrocardiograma

1 exame / GRI (a critério médico)

Psiquiatra

1 exame / GRI (a critério médico)

**Alto Risco**

- **São previstas, no mínimo, 5 (cinco) consultas para gestação de Alto Risco durante o período da gestação.**
- Garantir exames solicitados a critério médico do ambulatório para gestantes de Alto Risco no quantitativo especificado a seguir:

**Exames**

**Quantitativo Mínimo liberado**

Ultrassom Obstétrico

2 exames / GAR (a critério médico)

Ultrassom Obstétrico com doppler

1 exame / GAR (a critério médico)

Ultrassom Morfológico

1 exame / GAR (a critério médico)

Tococardiografia anteparto

2 exames / GAR (a critério médico)

Eletrocardiograma

1 exame / GAR (a critério médico)

	Cardiologia	1 atendimento / GAR (a critério médico)
	Endocrinologia	1 atendimento / GAR (a critério médico)
	Psiquiatra	1 atendimento / GAR (a critério médico)

### Equipe Multiprofissional da AAE (Ambulatório) Atendimento à Gestante

Atividades	Equipe	Gestante de Risco Intermediário	Gestante Alto Risco
Procedimentos	Profissionais	Número de Atendimento previsto	Número de Atendimento previsto
Consultas e atendimentos	Médico Obstetra, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, entre outros	<b>1 atendimento com cada profissional da equipe multiprofissional durante o período gestacional</b>	<b>5 atendimentos com cada profissional da equipe multiprofissional durante o período gestacional</b>
	Nutricionista	15% dos atendimentos das gestantes de alto risco	30% dos atendimentos das gestantes de alto risco
Atividades educativas em grupo	Serão conduzidas por profissional de nível superior		
Procedimentos diagnósticos	Garantir os procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado.		

### Calendário de consultas de puericultura na AAE.

<b>Classificação de risco</b>	<b>Número de atendimentos no AAE</b>
-------------------------------	--------------------------------------

<b>Alto risco</b>	6 atendimentos multiprofissional: <ul style="list-style-type: none"><li>• 4 durante o 1º ano de vida</li><li>• 1 entre 15 e 18 meses; e</li><li>• 1 aos 24 meses de vida.</li></ul>
-------------------	---

## COMPETÊNCIAS DA ATENÇÃO HOSPITALAR ESPECIALIZADA (AHE)

Compete aos serviços de Atenção Hospitalar Especializada **receber a gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico, realizar o parto, atender o recém-nato, realizar os testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçõzinho, completar a carteira da gestante, preencher a carteira da criança, dar alta, encaminhar para Atenção Primária à Saúde (APS) e atender intercorrências das puérperas.**

A AHE é o ponto da linha de cuidado com a finalidade de prestar pronta e qualificada assistência às emergências das mulheres durante gestação, parto e puerpério. Com garantia de humanização no manejo do cuidado, visando boa experiência para a mulher e sua família.

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

Para esse nível de atenção, a SESA estabeleceu tipologia para os hospitais que atendem a gestante de Risco Habitual, Risco Intermediário e de Alto Risco, o qual permitiu a identificação entre os hospitais que prestavam atendimentos obstétricos no estado e as instituições aptas a atender com qualidade as gestantes.

- Atender intercorrências das gestantes e puérperas vinculadas ou referenciadas ao serviço nas 24 horas.
- Estar inserido na Rede de Atenção à Saúde, fazendo a vinculação do parto de alto risco, conforme pactuação na Comissão Intergestores Regional – CIR.
- **Elaborar plano de cuidados para a APS quando da alta hospitalar da gestante e do bebê, assim como encaminhamento à consulta de puerpério e puericultura.**
- Fornecer ações e orientações de planejamento sexual e reprodutivo pós-parto e pós-

abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, após acesso ao plano de parto da gestante.

- Adotar as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela OMS (1996), bem como desenvolver ações em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, garantindo minimamente alojamento conjunto e acompanhante no pré parto, parto e pós parto e atender às recomendações emitidas pela SESA, fazendo uso de protocolos clínicos e para segurança do paciente.
- Manter escala de trabalho do serviço atualizada mensalmente, a fim de garantir escala profissional prevista nas 24h de funcionamento.
- Possuir plano de ação para redução das taxas de cesárea.
- Apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989).
- Atender às exigências de infraestrutura, processo e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de vigilância sanitária e do Ministério da Saúde.
- Realizar teste rápido de HIV e Sífilis em 100% das parturientes e em situações de abortamento.
- Garantir aos recém-nascidos em risco de exposição ao HIV a profilaxia para prevenção da transmissão vertical, de acordo com protocolo vigente.
- Possuir comissão interna de prevenção da mortalidade materna e infantil.
- Realizar os testes de triagem neonatal preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, em 100% dos nascidos vivos.

**Importante: todos os hospitais, independente da classificação do risco, devem realizar o registro dos atendimentos prestados as gestantes durante o pré-natal na carteirinha da gestante, podendo ser nos espaços de anotações e/ou contra-referências. Assim como as informações sobre o atendimento obstétrico e perinatal (presente na carteirinha da gestante)**

Vale ressaltar que, mesmo encaminhando a gestante ou criança a outro nível de atenção, a equipe da Atenção Primária à Saúde permanece responsável pelo cuidado. Caracterizando-se assim um cuidado compartilhado em detrimento à alta do Pré- Natal, a qual deverá ocorrer somente após a consulta puerperal ou término do acompanhamento conforme calendário de puericultura.

#### **Na alta**

**Observar se a Carteira de Saúde da Criança e da gestante foi preenchida adequadamente, com as condições de parto e nascimento pelo profissional que atendeu o RN e gestante, devendo explicar o seu conteúdo para os pais;**

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

Fornecer as orientações médicas de alta;

Orientar o retorno à Unidade de Atenção Primária à Saúde até 10 dias de vida, preferencialmente na primeira semana de vida para acompanhamento da criança e/ou outra orientação específica quando indicado;

Quando o RN permanecer hospitalizado na Unidade de Internação Neonatal, apesar da alta materna, as orientações serão fornecidas à família na dependência da situação e evolução clínica da criança.

~

#### REFERÊNCIAS LINHA CUIDADO GESTANTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasília- DF, 2013.

BERTANI, A.L.GARCIA, T. GODOY,I. Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis. J Bras Pneumol. 2015;41(2):175-181. Disponível em: <[http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=2391](http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2391)>. Acessos em: 04 fev. 2020.

CURITIBA. Rede Mãe Curitibana vale a vida: assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Curitiba, 2019.

EUROPEAN THYROID JOURNAL. EUROPEAN THYROID ASSOCIATION. Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children, 2014

FABBRI, C. E; FURTADO, E.F; LAPREGA, M.R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 41, n. 6, p. 979-984, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600013&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 04 Fev. 2020.

FERREIRA, Pedro L. et al . Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. Rev. Port. Sau. Pub., Lisboa , v. 27, n. 2, p. 37-56, jul. 2009 . Disponível em

<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252009000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252009000200005&lng=pt&nrm=iso)>.  
Acessos em: 04 fev. 2020.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, FIGO. Thyroid Diseases in Pregnancy. [Acesso em: 06 de fevereiro 2020]. Disponível em: <<https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/FIGO%20GPAMFM%20WG%20-%20Thyroid%20Diseases%20in%20Pregnancy.pdf>>

PARANÁ. Linha Guia Rede Mãe paranaense 7ªed. Curitiba, 2018.

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 – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

## REFERÊNCIAS LINHA DE CUIDADO CRIANÇA

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Diário Oficial da União, 08 mar 2016.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança : 2 meses a 5 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 74 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 agosto 2015c. Seção 1, p 37.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il. ISBN 978-85-334-2596-5

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde. – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2. ed. –Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. 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). Diário Oficial da União, 10 mai 2012.

PARANÁ. Linha Guia Rede Mãe paranaense 7ªed. Curitiba, 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo – Manual de Anomalias Congênitas. 2ª ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 97p.