REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL-PIAUÍ

PLANO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DO PARTO

Piauí Julho de 2023 – Versão 1

Rafael Tajra Fonteles
Governador do Estado do Piauí

Secretário de Estado da Saúde
Antonio Luiz Soares Santos

Equipe Gestora

Superintendência de Gestão da Rede de Média e Alta Complexidade – SUGMAC
Dirceu Hamilton Cordeiro Campelo

Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Municípios – SUPAT
Leila Marília da Silva Santos

Superintendência de Gestão da Administração (SUGAD)
Jefferson Clercke Lopes Campelo

Diretoria Unidade Executiva do Fundo Estadual de Saúde (FUNSAÚDE)
Raimundo Nonato Farias Trigo

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde - DUVAS
Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

Diretoria de Unidade de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria (DUCARA)
Rodrigo Rodriges de Souza Martins

Diretoria de Vigilância Sanitária - DIVISA
Tatiana Vieira Sousa Chaves

Diretoria de Unidade de Administração (DUAD)
Marcio Rodrigo de Araújo Souza

Diretoria de Unidade de Planejamento (DUP)
Jônatas Melo Neto

Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas (DUGP)
Gilson Francisco de Almeida Sá

Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar (DUDOH)
Alderico Tavares

Diretoria de Unidade de Assistência Farmacêutica (DUAF)
Suelen Fernanda da Silva

Assessoria de Comunicação Social - ASCOM
Hérlon de Moraes Pereira

Centro de Hermatologia e Hemoterapia do Piauí - HEMOPI
Rafael Alencar Soares de Souza

Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí - LACEN
Fabrício Pires de Moura do Amaral

ELABORADO POR:

Beatriz Fátima Alves de Oliveira - Fiocruz Piauí.
Iris Mary Meneses do Amaral-– Assessora técnica - Duvas.
Maria Auzeni de Moura Fé – Coordenadora Saúde da Mulher.
Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo Silva- IFF/Fiocruz Brasília.
Thatiane Cristhina de Oliveira Torres- IFF/TRN- Fiocruz Brasília.
Ranieri Flavio Viana de Sousa- Fiocruz Piauí.
Zenira Martins Silva – Coordenadora de análise, divulgação de situação e tendência em saúde.

COLABORADORES:

Eleonora Gehlen Walcher- ConsultoraIFF/Fiocruz Rio de Janeiro.
Luciane dos Anjos Formiga Cabral - Complexo Regulador Estadual - SESAPI.
Lívia Betânia Vieira Borges- IFF/Fiocruz.
Maria da Consolação Nascimento – Coordenação de Saúde da Criança.
Naila Juliana Ferreira Araújo – Gerente da Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Municípios - SUPAT
Ringlasia Lino Fonseca – Técnica da Duvas.

GT VINCULAÇÃO SESAPI:

Beatriz Fátima Alves de Oliveira - Fiocruz Piauí.
Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé - Diretora DUVAS.
Joselma Maria Oliveira Silva – Assessoria Técnica SUGMAC.
Iris Mary Meneses do Amaral- Assessora Técnica/DUVAS.
Iolete Soares da Cunha – Assessora Técnica/DUVAS.
Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo Silva- IFF/Fiocruz Brasília.
Luciana Sena Sousa- Coordenação do Adulto e Idoso.
Livia Betânia Vieira Borges- RTT/IFF/FioCruz.
Maria Auzeni de Moura Fé - Coordenadora Saúde da Mulher.
Maria da Consolação Nascimento - Coordenadora Saúde das Crianças.
Marylane Viana Veloso - Assessora Técnica da Coord. de Gestão da Informação.
Mércia Cassandra Silva De Brito Gerente do Núcleo de Avaliação e Monitoramento das Marternidades- NUAMM/FMS/Teresina
Nayanna da Silva Oliveira de Melo- Assessora Técnica DUDOH.
Thatiane Cristhina de Oliveira Torres- IFF/TRN- Fiocruz Brasília.
Ranieri Flavio Viana de Sousa- Fiocruz Piauí.
Sinara Cavalcante de Lima Ribeiro - Assessora Técnica DUCARA.
Zenira Martins Silva - Coordenadora de Análise, Divulgação de Situação e Tendência em Saúde.

SUMÁRIO

1. **DESENHO DO MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE** 06
2. **DIRETRIZES PARA A VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DE PARTO** 08
3. **CRITÉRIOS PARA A VINCULAÇÃO DA GESTANTE** 08
4. **VISITA PRÉVIA DA GESTANTE À MATERNIDADE** 09
5. **VAGA SEMPRE** 10
6. **PLANO DE PARTO** 10
7. **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO E VULNERABILIDADES SOCIAIS** 11
8. **SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO** 12
9. **CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE BAIXO RISCO** 13
10. **CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE ALTO RISCO** 14
11. **RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL** 15
12. **AGENDAMENTO DA CONSULTA DE PUERPÉRIO** 16
13. **TRIAGEM NEONATAL** 17
14. **CURSO PARA GESTANTES** 18
15. **REGULAÇÃO DE LEITOS OBSTÉTRICOS A PARTIR DA APS** 19
16. **TRANSPORTE SANITÁRIO DA GESTANTE** 19
17. **MONITORAMENTO DA ESTRATÉGIA DE VINCULAÇÃO DAS UBS COM AS MATERNIDADE** 20
    17.1 Indicadores para monitoramento e avaliação da implantação e qualificação de rede materna e infantil **22**
18. **PLANO DE COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE** 23
19. **ANEXOS**
20. **REFERÊNCIAS**

“VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DE PARTO –PIAUÍ”

Esse documento tem o objetivo de apresentar a estruturado **“DOCUMENTO DE DIRETRIZES DA VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DE PARTO – PIAUÍ”** e as atividades para sua efetiva implementação de acordo com as discussões e proposições do grupo de trabalho SESAPI para vinculação da gestante ao local de parto no Piauí.

CONSIDERAM-SE COMO ESTRATÉGIAS PARA A VINCULAÇÃO DA GESTANTE UM CONJUNTO DE AÇÕES DENTRE ELAS:

1. Desenho do Mapa de Vinculação da Gestante
2. Diretrizes para a vinculação da gestante ao local de parto
3. Critérios para a vinculação da gestante
4. Visita prévia da gestante à maternidade
5. Vaga Sempre
6. Plano de parto
7. Estratificação de risco clínico e vulnerabilidades sociais
8. Serviços de referência para o pré-natal de alto risco
9. Consultas e exames da gestante de baixo risco
10. Consultas e exames da gestante de alto risco
11. Relatório de alta responsável
12. Agendamento da consulta de puerpério
13. Triagem Neonatal
14. Curso para gestantes
15. Regulação de leitos obstétricos a partir da APS
16. Transporte sanitário da gestante
17. Monitoramento da estratégia de vinculação das UBS com as maternidades
18. Plano de comunicação da Estratégia de Vinculação da Gestante
19. Anexos
20. Legislação e Referência

1. DESENHO DO MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE

Fica definida a vinculação da gestante ao local de parto como ordenadora do fluxo de referência de gestantes para o parto e para situações que exijam assistência durante a gestação em intercorrências clínicas cuja relevância exija atendimento de urgência e/ou emergência em nível hospitalar.

Na primeira consulta do pré-natal a gestante deve ser informada de sua vinculação ao hospital de referência e sobre seus direitos e deveres durante o ciclo de gestação, parto, nascimento e puerpério.

O Mapa de Vinculação para o local de parto trata-se da identificação das maternidades de referência para o baixo e alto risco por município, região e macrorregião de saúde, segundo análise do fluxo de gestantes e de acordo com o número de nascidos vivos, capacidade instalada e malha viária mais adequada.

Para a elaboração do Mapa de Vinculação do Piauí foi considerado o desenho regional do Estado, sendo a referência para Gestação de Alto Risco, incluindo o serviço de pré-natal de alto risco, o estabelecimento hospitalar com base na Macrorregião de Saúde:

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE - SESAPI

GOVERNO DO PIAUÍ
AQUI TEM TRABALHO. AQUI TEM FUTURO.

MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE PARA O PIAUÍ POR MACRORREGIÃO PROJEÇÃO DE NV 2022 SUS					
Macrorregião	ESTABELECIMENTO DE REFERÊNCIA POR TIPO PARTO			Serviços	
	Municípios	Risco Habitual	Alto Risco	*CPN	** CGBP
Litoral	Parnaíba	Maternidade Marques Bastos	Maternidade Marques Bastos	Hosp. Est. Dirceu Arcoverde	Hosp. Est. Dirceu Arcoverde
		Hosp. Est. Dirceu Arcoverde	Hosp. Est. Dirceu Arcoverde		
	Piripiri	Hosp. Reg. Chagas Rodrigues			Hosp. Reg. Chagas Rodrigues
	Esperantina	Hosp. Est. Julio Hartman			
	Barras	Hosp. Est. Leônidas Melo			
Meio Norte	União	Hosp. Mun. União	MDER	MDER Mat. Buenos Aires	MDER
	Água Branca	Hosp. Mun. Agua Branca			
	Teresina	MDER (CPN)			
		Mat. Satélite			
		Mat. Promorar			
		Mat. Buenos Aires			
		Mat. Wall Ferraz			
	Campo Maior	Hosp. Campo Maior			
Semiárido	Valença	Hosp. Est. Eustáquio Portela	Hosp. Regional Justino Luz	Hosp.Reg. Deolino Couto	Hosp. Regional Justino Luz
	Oeiras	Hosp. Reg. Deolindo Couto			Hosp. Reg. Deolindo Couto
	Paulistana	Hosp. Reg. Mariana Pires Ferreira		Hosp. Regional Justino Luz	
	Picos	Hosp. Regional Justino Luz			
Cerrados	Uruçuí	Hosp. Sem Dirceu Arcoverde	Hosp. Reg. Bom Jesus	Hosp. Reg. Tibério Nunes	Hosp. Reg. Bom Jesus
	Bom Jesus	Hosp. Reg. Bom Jesus			
	Corrente	Hosp Reg. Dr João Pacheco Cavalcanti			Hosp. Reg. Sem. Cândido Ferraz
	São Raimundo Nonato	Hosp. Reg. Sem. Cândido Ferraz	Hosp. Reg. Sem. Cândido Ferraz		
	São João do Piauí	Maternidade Municipal Mãe Elisa			
	Floriano	Hosp. Reg. Tibério Nunes	Hosp. Reg. Tibério Nunes		Hosp. Reg. Tibério Nunes

*** Centro de Parto Normal-CPN**
****Casa da Gestante Bebê e Puérpera-CGBP**
Observação pontos de atenção são processo dinâmico que pode ser alterado de acordo com adequação dos serviços.
Resolução Cib nº 506/2022

Cada território/região de saúde tem pelo menos um estabelecimento hospitalar de referência para o baixo risco, de acordo com o número de gestantes estimadas para o território, e com pelo menos 500 partos/ano, conforme a Portaria GM/MS Nº 715 de 04 de Abril /2022, pagina 05.

Vale ressaltar que, alguns estabelecimentos que não realizaram 500 partos/ano foram incluídos considerando o vazio assistencial, as questões geográficas e a viabilidade de adequação mediante um plano de investimento em construção para atender as necessidades regionais. São eles:

- Hospital Municipal de União – União
- Hospital Municipal de Água Branca - Água Branca
- Hospital Estadual Dirceu Arcoverde - Uruçuí

ANEXO 01: REFERENCIA DE BAIXO E ALTO RISCO POR REGIÃO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE

2. DIRETRIZES PARA A VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DO PARTO

A vinculação da gestante ao local de parto depende da relação de confiança da mulher com o serviço ofertado. É importante que não haja barreira de acesso àquelas gestantes que optarem por uma maternidade diferente da definida no mapa de vinculação.

Deve ser ressaltada a importância da participação do parceiro (a)/pai/responsável legal em todo o processo da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.

A vinculação da gestante ao seu hospital deve ser obrigatoriamente anotada na abertura de seu cartão de pré-natal, reforçada em todos os atendimentos no pré-natal e em cada palestra educativa deste período de assistência.

3. CRITÉRIOS PARA A VINCULAÇÃO DA GESTANTE

Sobre o processo de vinculação entre a gestante/parturiente de baixo risco e seu hospital de referência, admite-se que:

I - A vinculação deve ocorrer prioritariamente a partir do local em que essa realizou o pré-natal;

II - Em situações em que a gestante realizou pré-natal em região de saúde que não seja a da sua residência ou tenha feito pré-natal em mais de uma unidade de saúde, a vinculação ocorrerá preferencialmente a partir daquela unidade em que ela tenha feito o maior número de consultas de pré-natal e, excepcionalmente, no hospital de referência da sua residência;

III - Na ausência de realização de pré-natal, no pré-natal realizado na rede privada de saúde, ou na impossibilidade de identificar o local de realização do pré-natal, a vinculação ocorre a partir do seu local de residência.

Sobre o processo de vinculação entre a gestante/parturiente que realizou o pré-natal no serviço de alto risco e seu hospital de referência para o parto, admite-se que:

I - Sempre deverá ser mantido o acompanhamento pré-natal e dos serviços relacionados a este contexto, como visitas domiciliares entre outros, na UBS de referência do território mesmo quando a paciente for encaminhada para realização do pré-natal concomitantemente no serviço de alto risco;

II - Em situações em que a gestante realizou pré-natal de alto risco em região de saúde que não seja a da sua residência, a vinculação para o parto ocorrerá a partir da UBS em que ela tenha feito o maior número de consultas de pré-natal ou, excepcionalmente, no hospital de referência da sua residência.

4. VISITA PRÉVIA DA GESTANTE À MATERNIDADE

Deverá ser garantida pelo menos 01 (uma) visita à maternidade de referência a toda gestante durante o acompanhamento pré-natal.

A visita da gestante a sua maternidade de referência tem como finalidade familiarizar a gestante ao ambiente hospitalar da maternidade, antes que o parto aconteça e tem um papel importante na redução da ansiedade, medo e frustração

A visita permite a gestante conhecer as instalações da maternidade sendo um momento em que, a mesma, pode tirar dúvidas sobre: documentos necessários para internação, saber o que o hospital exige que as pacientes levem para admissão no parto; conhecer o trajeto para chegar à maternidade; se informar a respeito dos horários de visitas e número de visitantes; conhecer as regras da instituição quanto ao acompanhante; entre outras dúvidas ou questionamentos.

Cada município deve organizar a visita de acordo com sua estrutura local.

Compete à UBS agendar com a Unidade Hospitalar/maternidade pelo menos 01 (uma) visita da gestante, e compete à Unidade Hospitalar/maternidade se organizar para receber a gestante na unidade hospital ar previamente na intenção de apresentar a instituição durante a visita.

5. VAGA SEMPRE

Com relação à admissão de gestantes/parturientes em serviços hospitalares de obstetrícia, admite-se como norma a **Vaga Sempre**, definida como:

Toda gestante, em qualquer idade gestacional, que tenha critério de admissão hospitalar, deverá ter sua vaga de internação garantida; em caso de necessidade de referenciamento, a responsabilidade pela remoção da gestante é da unidade hospitalar que assistiu e identificou os critérios de admissão, com suporte da central de regulação, quando necessário.

6. PLANO DE PARTO

A prática de apoio à gestante na elaboração do Plano de Parto deve ser instituída no protocolo de atenção ao pré-natal das UBS dos municípios do Piauí.

É importante que a gestante seja esclarecida que nem sempre seu Plano de Parto poderá ser seguido em sua totalidade, mas deve ser esclarecido quando isso não puder acontecer, e outras condutas respaldadas em evidências científicas devem ser oferecidas, permitindo que as gestantes conversem sobre o seu Plano de Parto com profissionais de saúde que lhe acompanham no pré-natal, para que esclareçam todas as suas dúvidas e compartilhem as estratégias no momento do trabalho de parto.

O Plano de Parto busca garantir às mulheres a participação nas decisões que envolvam o nascimento de seu filho, podendo definir os cuidados que considera importante durante seu trabalho de parto, parto e pós-parto, e como gostaria que seu/sua bebê fosse cuidado/a logo após o nascimento.

Uma prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por melhorar o nível do atendimento as mulheres e recém-nascidas/os, devendo ser estimulada e utilizada por todas as mulheres.

Existem leis federais* e diretrizes do Ministério da Saúde** que garantem seu direito de escolha por uma maternidade segura, livre de intervenções desnecessárias e sem violência obstétrica.

É importante que a gestante converse sobre o Plano de Parto com profissionais de saúde que lhe acompanham no pré-natal, para que esclareçam todas as suas dúvidas. E que seja esclarecida que nem sempre seu Plano de Parto poderá ser seguido em sua totalidade, mas deve ser esclarecido quando isso não acontecer e outras condutas respaldadas em evidências científicas devem ser oferecidas.

ANEXO 3: PLANO DE PARTO

7. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO EVULNERABILIDADES SOCIAIS

Deve ser garantida a Estratificação de risco da mulher durante todo seu ciclo gravídico puerperal, de acordo com o manual protocolo de Estratificação de Risco da gestante e puérpera na APS e nas maternidades, pactuado com os gestores e equipes assistenciais dos respectivos pontos de atenção da RAMI-PI e de acordo com a validação no Grupo Técnico de Vinculação.

A Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) tem como objetivo proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças, por isso incentiva a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida.

Em obstetrícia, o acolhimento assume peculiaridade própria às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto.

A estratificação do risco das gestantes na atenção básica é uma estratégia de fundamental importância na redução de eventos negativos para a saúde da mulher e da criança e envolve as características individuais; às condições socioeconômicas; à história reprodutiva anterior; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como: gestação múltipla, patologias controladas ou não são fatores de risco fetais.

O A&C na porta de entrada das maternidades é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela.

Assim o acolhimento e estratificação de risco levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente utilizando fichas oficiais já implantadas no estado (em anexo). A FICHA 01- Ficha de estratificação de risco gestacional; FICHA 02- Estratificação de risco nas maternidades.

As fichas padronizadas utilizadas atualmente no Estado podem ser modificadas mediante necessidade de atualizações com base nas evidências científicas.

ANEXO 4: FICHA 01- FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

ANEXO 5: FICHA 02- ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES

8. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

No caso das gestantes/puérperas de alto risco deve ser realizado atendimento especializado no ambulatório de risco de modo compartilhado com a equipe de referência da APS.

O profissional da APS ao estratificar o risco da gestante, identificando-as como de alto risco, devem referenciá-las ao serviço especializado mediante o preenchimento do formulário de encaminhamento (Ficha 3) de forma adequada, legível, bem como todas as informações devem constar na caderneta da gestante, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe ESF e os profissionais da unidade especializada e deixar agendada seu retorno para APS, pois o vínculo precisará ser mantido mais forte e mais frequente.

O serviço especializado de referência para o pré-natal de alto risco, ao receber a gestante para acompanhamento, é importante ter uma abordagem e uma prática de forma que a gestante não perca o vínculo com sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal.

O profissional do serviço especializado deverá manter a equipe da APS informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à

gestante por meio do preenchimento da ficha de contra referência (Ficha 3), da caderneta da gestante e do cartão de alta se for o caso.

ANEXO 6: FICHA 03 - FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

9. CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

Os Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos:

CAPTAÇÃO PRECOCE E BUSCA ATIVA DA GESTANTE PELAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;

2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

3.1- Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;

3.2 -Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;

3.3 -Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;

3.4 - Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclampsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.

ANEXO 7: PROTOCOLO DE CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

10. CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE ALTO RISCO

O pré-natal de alto risco constitui um conjunto de medidas clínicas e educativas instituídas durante a gestação, visando à estruturação hígida do concepto, a manutenção e a melhora das condições de saúde física e psíquica da mulher grávida, com a finalidade de intervir e prevenir desfechos desfavoráveis, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o seu concepto.

É indispensável a estratificação de risco em todas as consultas de pré-natal utilizando a Ficha de estratificação de risco gestacional, e ao identificar uma gestação de alto risco, esta deverá ser encaminhada ao serviço de referência ao pré-natal de alto risco para consultas especializadas, exames específicos e manter pré-natal regularmente na Unidade Básica de Saúde.

O acompanhamento da gestante por especialistas, compartilhado com uma equipe multiprofissional, garantindo o mínimo de 12 (doze) consultas de pré-natal,

distribuídas durante os trimestres da gestação, ampliadas de acordo com a necessidade da gestante e do quadro clínico. Neste sentido, reforça-se a importância da comunicação entre os serviços de alto risco e Atenção Primária a Saúde por meio da referência e contra referência, além do preenchimento adequado da caderneta da gestante com o máximo de informações possíveis sobre as condutas tomadas diante da gestação em curso.

Os exames realizados durante o pré-natal de risco habitual se aplicam ao alto risco, acrescidos de exames específicos à condição clínica da paciente e do manejo diferenciado, mediante alterações que possam surgir e que exijam condutas especializadas, sendo os mais relevantes os destinados a avaliação das funções hepáticas, renais e tireoideanas, como exemplo: creatinina, ácido úrico, bilirrubina, sorológico para hepatite C, TGO, TGP, TSH, USG morfológica, cardiotocografia, USG doppler e cultura vaginal e retal entre 35-37 semanas para *streptococo* do grupo B, se possível, para todas as gestantes que tiveram bacteriúria assintomática ou infecção urinária ou filho anterior acometido com infecção neonatal precoce pelo streptococo do grupo B.

ANEXO 8: CONSULTA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO - FLUXOGRAMA

11. RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL

Toda maternidade ficará responsável em elaborar o relatório de alta responsável, um relatório gerencial de comunicação sobre o plano terapêutico da gestante/puérpera e RN a ser compartilhado entre coordenação/equipes APS e coordenação de maternidades.

Sobre a alta das pacientes pós-abortamento, das puérperas e dos recém-nascidos para a Atenção Primária à Saúde:

A alta das pacientes pós-abortamento, das puérperas e dos recém-nascidos para a Atenção Primária à Saúde deverá ser segura e vinculada. Por ocasião da alta, a gestante e o recém-nascido deverão receber a caderneta da gestante e da criança, acompanhados do relatório de altas devidamente preenchidas com dados do parto e nascimento, bem como **a marcação da data do retorno na Unidade Básica de Saúde (UBS).**

ANEXO 9 – RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL

12. AGENDAMENTO DA CONSULTA DE PUERPÉRIO

Como estratégia para promoção da consulta de puerpério, a gestante deverá sair da maternidade com a sua consulta e a consulta do seu bebê agendado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua casa ou a que ela indicar.

Esse agendamento é uma estratégia que visa reforçar a importância da consulta à puérpera e ao RN na primeira semana pós-parto, para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos que possam comprometer a saúde e a vida do binômio mãe e filho, porém não descarta a visita domiciliar e a busca ativa pela equipe da UBS, de todas as puérperas que não compareçam para a consulta agendada.

I. Os profissionais devem estar preparados e atentar-se para atender esse binômio de forma mais completa e dinâmica possível, prioritariamente:

II. Identificar precocemente distócias pós-parto;

III. Identificar laqueação correta, infecções etc.;

IV. Estimular o Aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de vida do RN, bem como instruí-la sobre a pega adequada;

V. Limpeza do coto umbilical, além de sempre promover educação em saúde, mostrando os benefícios do AME, a importância das consultas ao RN, o período correto de vacinação (seguindo o programa nacional de imunização – PNI) e sua importância no desenvolvimento materno-infantil;

VI. Saúde sexual e planejamento reprodutivo: orientações, tipos de métodos contraceptivos e acesso aos serviços (Incluir na nota de rodapé os disponíveis no Estado);

VII. Outras pautas, se necessário.

VIII. Puérperas e recém-nascidos deverão ser atendidos na UBS do 5º ao 7º dia pós-alta hospitalar;

IX. Recém-nascidos de risco, de acordo com definição do Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, deverão ser atendidos até o 3º dia pós-alta hospitalar;

X. Mulheres após abortamento deverão ser atendidas do 5º ao 7° dia pós-alta hospitalar.

ANEXO 10: RECOMENDAÇÕES DA MATERNIDADE PARA APS

13. TRIAGEM NEONATAL

IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE DE DEFICIÊNCIAS: TRIAGEM NEONATAL

O Teste do Pezinho é um exame de sangue coletado no pé do recém-nascido, que deve ser realizado entre o 3º e o 5º dia após o nascimento do bebê. Seu objetivo é diagnosticar precocemente doenças congênitas que causam complicações graves que, vão desde o retardo mental até o óbito.

Rede de Coleta da Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho):
Presente nos 224 municípios, totalizando 238 pontos de coleta no Estado

DOENÇAS TRIADAS	PARÂMETROS IDEAIS PARA A 1ª CONSULTA
Fenilcetonúria (PKU)	15 dias de vida do Recém-Nascido
Hipotireoidismo Congênito (HC)	10 dias de vida do Recém-Nascido
Doença Falciforme (DF) e outras Hemoglobinopatias	30 dias de vida do Recém-Nascido
Fibrose Cística (FC)	30 dias de vida do Recém-Nascido
Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC)	10 dias de vida do Recém-Nascido
Deficiência de Biotina ase (DBT)	15 dias de vida do Recém-Nascido

Quanto mais tempo a criança demorar em iniciar o tratamento, maior será a chance dele/a apresentar danos irreversíveis por conta da doença. Deve-se evitar o tratamento tardio

14. CURSO PARA GESTANTES

Com o objetivo de promover ações de educação e promoção da saúde, as equipes multiprofissionais de saúde podem organizar um curso para gestantes abordando temas essenciais sobre direitos e deveres da gestante, importância do pré-natal e sintomatologia fisiológica, doenças mais comuns, saúde bucal da gestante e RN, aspectos nutricionais e aleitamento materno, cuidados com o RN, aspectos psicológicos da gestação e pós-parto, calendário de vacinação da gestante (Anexo

11) e da criança, exercícios para o momento do parto, sinais e sintomas do trabalho de parto e planejamento reprodutivo.

Essa ação visa maior adesão ao pré-natal e aumento do vínculo das gestantes com as equipes das unidades de saúde, sendo muito eficaz no cuidado à gestante. A vinculação da gestante à sua maternidade de referência deve se constituir num processo que tem início na UBS frequentada pela gestante. As ações realizadas pela equipe devem promover maior adesão ao pré-natal, aumento do vínculo das gestantes com a equipe da UBS, com a maternidade de referência e o aumento da eficácia no cuidado à gestante.

O curso para gestantes é uma importante estratégia de educação em saúde com as gestantes e acompanhantes durante o pré-natal, utilizando-se de uma metodologia adequada e linguagem apropriada.

Cada município deve programar a carga horária semanal e periodicidade de realização do curso, respeitando as condições da gestante para deslocamento e organização local, contemplando as diretrizes estaduais.

O curso deve possuir uma programação composta de conteúdos variados assim especificados, podendo ser acrescido de outros temas importantes:

- Direitos e deveres da gestante;
- Importância do pré-natal e sintomatologia característica de cada trimestre da gestação;
- Doenças mais comuns na gestação;
- Cuidados básicos nas situações e sintomas especiais;
- Saúde bucal da gestante e do RN;
- Aspectos nutricionais da gestação e aleitamento materno;
- Cuidado com o RN;
- Exercícios para o momento do parto;
- Aspectos psicológicos na gestação e no pós-parto;
- Calendário de vacina para gestante e criança até 4 anos;
- Sinais e sintomas do trabalho de parto;
- Planejamento reprodutivo;
- Visita à maternidade de referência;
- Ensaio fotográfico com as gestantes do 3º trimestre;
- Utilização adequada da caderneta da gestante e da criança;
- Outros S/N.

ANEXO 10: CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO

15. REGULAÇÃO DE LEITOS OBSTÉTRICOS A PARTIR DA APS

Quando a gestante/parturiente é atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e necessitar de internação hospitalar, o médico que atende solicita regulação da gestante, o médico regulador analisa o caso e direciona para a unidade de referência de baixo, médio ou alto risco conforme o mapa de vinculação.

Havendo confirmação da necessidade de internação no próprio hospital de referência de sua vinculação, a gestante/parturiente deverá ter seu nome inserido como ocupante de leito obstétrico, sendo então necessário atualizar o número de leitos ocupados e ser informado para a regulação (O Sistema de Regulação de Leitos Gerais atualiza as informações, para conhecimento quanto ao número de leitos obstétricos disponíveis para internação e seja visualizada por todo o sistema de regulação de leitos).

16. TRANSPORTE SANITÁRIO DA GESTANTE

Sobre a movimentação por remoção da gestante/parturiente entre unidades hospitalares:

I - A remoção deverá acontecer com responsabilidade e segurança, cabendo à equipe obstétrica assistente avaliar se a gestante está em condição de remoção, tanto no momento de sua solicitação como na ocasião do transporte;

II - A movimentação por remoção de gestantes apenas será admitida mediante contato prévio, acompanhado da ficha 3 (nome) e por meio de transporte sanitário, não sendo permitido que a mesma seja movimentada em transporte próprio ou de seus responsáveis;

III - A responsabilidade pela identificação de vaga em outra unidade da rede é da Gerência Interna de Regulação (GIR)/NIR – definir com coordenação da regulação da SESAPI

Fica a critério da equipe obstétrica assistente a indicação de acompanhamento da gestante por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem durante o transporte sanitário.

Sobre a movimentação de pacientes por meio de encaminhamento:

O processo de movimentação de gestante/parturiente sem critérios de internação entre unidades de atendimento obstétrico deve ocorrer na condição de encaminhamento, com referência ou contra referência, com relatório detalhado, contendo assinatura e registro no Conselho de Classe do médico (a) ou enfermeiro (a), sempre observando o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento (ANEXO 1).

17. MONITORAMENTO DA ESTRATÉGIA DEVINCULAÇÃO DAS UBS COM AS MATERNIDADES

A DUVAS e a DUDOH, em articulação com COSEMS-PI, serão as responsáveis pelo processo de Monitoramento da estratégia de vinculação das UBS com as maternidades.

O Processo de monitoramento da vinculação da gestante ao local de parto consistirá:

- Em reuniões sistemáticas entre equipe das maternidades e coordenações estadual e municipais da APS e/ou gerentes das UBS para cooperação entre os pontos de atenção;

-Análise dos indicadores da estratégia de vinculação periodicidade quadrimestral;

- As estratégias para implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, pactuado com os gestores e equipes assistenciais baseado no documento nacional – PCDT parto normal e cesariana Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf 2020.
http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf

7.1 Indicadores para monitoramento e avaliação da implantação e qualificação de rede materna e infantil

	INDICADOR	FONTE
	SAÚDE DA MULHER	
1	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	**(SISAB)**
2	Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal com realização de exames para sífilis e HIV	**(SISAB)**
3	Proporção de nascidos vivos de mães com 6 ou mais consulta pré-natal.	**(SINASC)**
4	Taxa de Cesária	**(SIH/SINASC)**
	SAÚDE DA CRIANÇA	
1	Proporção de RN com Apagar de 5 mim< 7	**SINASC**
2	Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer nas faixas < 2.500g (até 1.500g)	**SINASC**
3	Taxa de Mortalidade Fetal	**SIM/SINASC**
4	Proporção de criança em acompanhamento de pericultura.	**SISAB**
5	Taxa de incidência de Sífilis congênita em menores de 1 ano.	**SINAN/SINASC**

Fonte: Portaria GM/MS N º 715/ Portaria da Rede Cegonha N º 690

18. PLANO DE DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE

O processo de divulgação do Mapa de Vinculação da Gestante se inicia no momento de apreciação e aprovação pelos membros das Comissões Inter gestoras Regionais (CIR,s) e na Comissão Inter gestora Bipartite. Porém para sua efetiva implementação, o Mapa e as Diretrizes para a vinculação da gestante ao local do parto devem ser amplamente divulgados em todos os níveis de atenção à saúde para gestores, profissionais e usuários.

A divulgação é de responsabilidade conjunta das secretarias municipais de saúde, secretaria estadual de saúde, serviços de saúde, unidades ambulatoriais e hospitalares de saúde. Além da divulgação, sua implementação requer um processo de comunicação efetiva entre os atores envolvidos – gestor, profissional e usuário – e dos pontos de atenção.

A comunicação entre os profissionais dos pontos de atenção pode ocorrer por meio do Prontuário do Cidadão Eletrônico (PEC), Caderneta da Gestante, devidamente preenchida, do Plano de Cuidados, da Ficha de Estratificação de Risco da Gestante, da Ficha de Estratificação de Risco da Criança, do Relatório de Alta Hospitalar, dos documentos de referência e contra referência, de conversas por mídias e por webinários. Outras formas de comunicação são os encontros entre os profissionais para condução compartilhada e monitoramento dos cuidados ofertados por matriciamento da equipe de assistência especializada à equipe de atenção primária.

É importante que os gestores e profissionais estabeleçam momentos sistemáticos de comunicação com os usuários através de reuniões nos serviços e comunidades e uso de mídias virtuais como canais de comunicação e Ouvidoria.

ANEXOS:

1. **REFERENCIAS DE BAIXO E ALTO RISCO POR REGIÃO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE**
2. **MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE POR MACRORREGIÃO CONFORME ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS PARA HABILITAÇÃO NA RAMI.**
3. **PLANO DE PARTO**
4. **FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL (Ficha 1)**
5. **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES - (Ficha 2)**
6. **FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA (Ficha 3)**
7. **CONSULTA E EXAMES DE PRÉ-NATAL BAIXO RISCO**
8. **CONSULTA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO - FLUXOGRAMA**
9. **RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL**
10. **RECOMENDAÇÕES DA MATERNIDADE PARA APS (frente e verso)**
11. **CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO**
12. **REFERÊNCIA**

ANEXO 1 - REFERENCIA DE BAIXO E ALTO RISCO POR REGIÃO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE

PROPOSTA PARA MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE PARA O PIAUÍ POR MACRORREGIÃO - PROJEÇÃO DE NV 2022 SUS									
MACRORREGIÃO	*TOTAL DE NV 2021	ESTIMATIVA DE GESTANTES 2022	ESTIMATIVA RH	ESTIMATIVA AR	ESTABELECIMENTO DE REFERÊNCIA POR TIPO DE PARTO			SERVIÇOS	
					RISCO HABITUAL	MUNICIPIOS	ALTO RISCO	*CPN	**CGBP
LITORAL	7.688	7.825	6.652	1.174	MATERNIDADE MARQUES BASTOS	PARNAÍBA	MATERNIDA DE MARQUES BASTOS E HOSP. EST. DIRCEU ARCOVERDE	HOSP. EST. DIRCEU ARCOVERDE	HOSP. EST. DIRCEU ARCOVERDE E HOSP. REG. CHAGAS RODRIGUES
					HOSP. EST. DIRCEU ARCOVERDE				
					HOSP. REG. CHAGAS RODRIGUES	PIRIPIRI			
					HOSP. EST. JULIO HARTMAN	ESPERANTINA			
					HOSP. EST. LEÔNIDAS MELO	BARRAS			
MEIO NORTE	14.010	15.411	13.099	2.312	HOSP. MUN. UNIÃO	UNIÃO	MDER	MDER MAT. BUENOS AIRES	MDER
					HOSP. MUN. AGUA BRANCA	ÁGUA BRANCA			
					MDER (CPN)	TERESINA			
					MAT. SATÉLITE				
					MAT.PROMORAR				
					MAT. BUENOS AIRES				
					MAT. WALL FERRAZ				
					HOSP. CAMPO MAIOR	CAMPO MAIOR			
SEMIÁRIDO	4.813	6.128	4.532	1.363	HOSP. EST. EUSTÁQUI PORTELA	VALENÇA	HOSP. REGIONAL JUSTINO LUZ	HOSP. REGIONAL JUSTINO LUZ HOSP. REG. DEOLINDO COUTO	HOSP. REG. DEOLINDO COUTOHOSP. REGIONAL JUSTINO LUZ
					HOSP. REG. DEOLINDO COUTO	OEIRAS			
					HOSP. REG. MARIANA PIRES FERREIRA	PAULISTANA			
					HOSP. REGIONAL JUSTINO LUZ	PICOS			
CERRADOS	8.394	9.233	7.848	1.385	HOSP. SEM DIRCEU ARCOVERDE	URUÇUÍ	HOSP. REGI. BOM JESUS	HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES	HOSP. REGI. BOM JESUS HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES HOSP. REG. SEM. CÂNDIDO FERRAZ
					HOSP. REGI. BOM JESUS	BOM JESUS			
					HOSP REG JOÃO PACHECO CAVALCANTE	CORRENTE			
					MATERNIDADE MUNICIPAL MÂE ELIZA	SÃO JOÃO DO PIAUÍ	HOSP. REG. SEM. CÂNDIDO FERRAZ	HOSP. REGI. BOM JESUS	
					HOSP. REG. SEM. CÂNDIDO FERRAZ	SÃO RAIMUNDO NONATO			
					HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES	FLORIANO	HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES		
TOTAL	34.905	38.597	32.131	6.234					

*** Centro de Parto Normal-CPN**

****Casa da Gestante Bebê e Puépera-CGPN**

ANEXO 2 - MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE POR MACRORREGIÃO CONFORME ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS PARA HABILITAÇÃO NA RAMI

MACRORREGIÃO LITORAL																												
MACRO	TERRITORIO	ESTABELECIMENTO	TOTAL DE NV EM 2021 ESTABELECIMENTO	ESTIMATIVA DE GESTANTES 2022	GESTANTE RISCO HABITUAL	GESTANTE DE ALTO RISCO	ESTABELECIMENTO REFERÊNCIA PARA MUNICÍPIOS POR TIPO DE PARTO (> VOLUME DE PARTOS -SINASC 2021		QUANTIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS												OUTROS SERVÇOS			
							RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	OBSTÉTRICOS				NEONATAIS															
									RH		AR		UTIN		UCINco		CANG		UTI Ad		CGBP	CPN		
									EXI	NEC	EXI	NEC	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI
LITORAL	PLANÍCIE LITORANIA	MATERNIDADE MARQUES BASTOS	1.640	1.804	1.533	271	50% de Parnaíba , Ilha Grande	50% de Parnaíba , Ilha Grande, Cocais/Julio Hartman(Madeiro, Matias Olímpio, Morro do Chapéu, São João do Arraial, São José do Divino,; Cocais/Chagas Rodrigues(N. S Remédios, Pedro II, Piracuruca, Priripiri, Porto.	21	15	0	4	0	3	10	3	0	2	0	1	0	0	0	0
		HOSP ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	2.592	2.851	2.424	428	50% de Parnaíba , Luis Correia, Cocal, B. Lopes, Joaquim Pires, Cajueiro da Praia, Luzilândia, Caxingó, Bom Princ´pio, Caraúbas , Murici dos Portelas , Cocal dos Alves Ilha Grande	Parnaíba (50%) Cajueiro da Praia, Bom Princípio, Caraúbas, Caxingó, Cocal, L. Correia , Cocal dos Alves , Murici dos Portelas, Buriti dos Lopes, Cocais/Julio Hartiman: atalha, Campo Largo do Piauí, Esperantina, Joaquim Pires.	40	23	4	7	10	5	10	5	5	3	10	2	1	0	1	0
	TOTAL DA REGIÃO		**4.223**	**4455**	**3787**	**668**			**71**	**38**	**4**	**11**	**10**	**8**	**20**	**8**	**5**	**5**	**10**	**3**	**1**	**0**	**1**	**0**
	COCAIS	HOSP. REG. CHAGAS RODRIGUES	1.601	1.770	1.504	265	Piripiri, Pedro II, Batalha, Capitão de Campos, Batalha (50%), Lagoa do São Francisco, São João da Fronteira, Porto, Brasileira, Domingos Mourão, Milton Brandão N. S,. Remédios, Piracuruca, São João do Arraial	**(HEDA E MARQUES BASTOS)**	10	15	0	4	0	3	5	3	0	2	0	1	0	1	1	0
		HOSP. EST. JULIO HARTMAN	1.215	1.337	1.136	200	Esperantina, São João do Arraial, Matias Olímpio, Batalha, Morro do Chapéu, Campo Largo, Luzilândia, Joaquim Pires, Porto, Joca Marques, Madeiro, São Jose do Divino, Lagoa do são Francisco		19	11	0	3	0	2	0	2		1	0	1	0	0	0	0
		HOSP. EST. LEÔNIDAS MELO	640	704	598	106	Assunção, Barras, Batalha, Boa Hora, Cabeceiras, Miguel Alves e N. S. dos Remédios		**2**	**6**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	0	0	0
	TOTAL DA REGIÃO		**3.453**	**3.433**	**2.818**	**515**			**31**	**32**	**0**	**9**	**0**	**6**	**5**	**6**	**0**	**4**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**1**
TOTAL DA MACRORREGIÃO			**7.688**	**7.825**	**6.652**	**1.174**			**102**	**70**	**4**	**20**	**10**	**15**	**25**	**15**	**5**	**9**	**10**	**6**	**1**	**0**	**1**	**1**

FONTE: SESAPI/SINASC/2021 **EXI - EXISTÊNCIA NEC - NECESSIDADE**

1- CRITÉRIOSUTILIZADOSPARADEFINIÇÃODOS PONTOSDE ATENÇÃOPARAVINCULAÇÃODAS GESTANTES (QUANTIDADE DEGESTANTE COMBASE NONV PORUNIDADEDE SAÚDEEMUNICÍPIODERESIDÊNCIANOANODEE 2021(SINASC/2021) PRODUÇÃODE PARTOS ANUAL PORUNIDADE DE SAÚDECOM VOLUME >DE 500 PARTOS POR ANO(SINASC)).

2- OTOTALDE LEITOSDEALTORISCOSERÁDISTRIBUÍDONOSHOSPITAIS MARQUESBASTOSE HEDAPARAATENDER ADEMANDADE GESTANTEDAMACRORREGIÃO.

MACRORREGIÃO MEIO NORTE																											
MACRO	TERRITORIO	ESTABELECIMENTO	TOTAL DE NV EM 2021 ESTABELECIMENTO	ESTIMATIVA DE GESTANTES 2022	GESTANTE RISCO HABITUAL	GESTANTE DE ALTO RISCO	ESTABELECIMENTO REFERÊNCIA PARA MUNICÍPIOS POR TIPO DE PARTO (> VOLUME DE PARTOS -SINASC 2021		QUANTIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS												OUTROS SERVÇOS			
							RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	OBSTÉTRICOS				NEONATAIS											
									RH		AR		UTIN		UCINco		CANG		UTI Ad		CGBP		CPN	
									EXI	NEC	EXI	NEC	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI
MEIO NORTE	CARNAUBAIS	HOSP. REG. CAMPO MAIOR	781	859	730	129	Campo Maior , Castelo, Sigefredo Pacheco, Boqueirão, Cabeceiras, Capitão de Campos , Juazeiro do Piauí, São Miguel do Tapuio, N. S. Nazaré, Cocal de Telha, Assunção, Boa Hora, Jatobá, Buriti dos Montes, Cocal de Telha,Juazeiro, N. Sr. Nazaré, Novo Santo antônio, São João da Serra, São Miguel do Tapuio	MDER	13	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL DA REGIÃO		**781**	**859**	**730**	**129**			13	7	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0
	ENTRE RIOS	HOSP. MUN. UNIÃO	*454	497	423	75	União, José de Freitas, Lagoa Alegre, Miguel Alves	MDER	4	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
		HOSP. MUN. DE AGUA BRANCA AGUA BRANCA (Hosp. Sem. Dirceu Mendes Arcoverde)	**1.507	1.659	1.409	249	Agua Branca, Agricolândia, Amarante, Angical, Barro Duro, Hugo Napoleão, Jardim do Mulato, Lagoinha do Piauí, Miguel Leão, Olho Dágua, Passagem Franca, Regeneração, Santo Antônio dos Milagres, São Gonçalo do Piauí e São Pedro, Lagoa do Piaui		4	14	0	4	0	3	0	3	0	2	0	1	0	0	0	0
		MATERNIDADE DO PROMORAR	655	721	612	108	Teresina, Curralinhos, Demerval Lobão, Lagoinha do Piauí, Monsenhor Gil, Nazária e Palmeirais		20	6	0	2	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0
		MATERNIDADEWALL FERRAZ	1.835	2.019	1.716	313	Teresina, Nazária, Pau D,Arco, Alto Lomgá, Beneditinos		28	17	0	5	10	4	10	4	0	2	0	1	0	0	0	
		MATERNIDADE DO BUENOS AIRES	1.858	2.044	1.737	307	Teresina e José de Freitas,		35	17	0	5	0	4	0	4	0	2	0	1	1	0	0	0
		MATERNIDADE SATÉLITE	1.345	1.480	1.258	222	Teresina, Altos, José de Freitas e Alto Longá, Coivaras		22	12	0	4	0	3	3	3	0	1	0	1	0	0	0	0
		***MDER	5.575	6.133	5.213	990			0	0	227	65	30	11	20	11	17	6	10	4	1	1	1	1
	TOTAL DA REGIÃO		**13.229**	**14.553**	**12.368**	**2.183**			113	83	227	86	40	26	35	27	17	14	10	8	2	**1**	1	1
TOTAL DA MACRORREGIÃO			**14.010**	**15.411**	**13.099**	**2.312**			**126**	**90**	**227**	**88**	**40**	**28**	**35**	**29**	**17**	**15**	**10**	**9**	**2**	**2**	**1**	**1**

FONTE:SESAPI/SINASC/2021

CRITÉRIOS UTILIZADOSPARADEFINIÇÃODOS PONTOSDE ATENÇÃOPARAVINCULAÇÃO DASGESTANTES.

1 QUANTIDADE DE GESTANTE COM BASE NO NV POR UNID. DE SAÚDE E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA EM 2021 (SINASC/2021),PRODUÇÃO DE PARTOS ANUAL POR UNID. DE SAÚDE COM VOLUME > DE 500 PARTOS POR ANO (SINASC).

2*AQUANTIDADE DENV PROJETADACONSIDEROUOSNVDOSMUNICPÍOS QUEREFERENCIARAMPARAUNIÃO EPARAAS 4MATERNIDADES MUNICIPAISDE TERESINA.

3A QUANTIDADE DE NVPROJETADACONSIDEROUOSNVDOS MUNICPÍOS QUE REFERENCIARAMPARAÁGUA BRANCAE PARA AS4 MATERNIDADES MUNICIPAIS DETERESINA.**

4*FOICONSIDERADOO NVPARADEFINIÇÃO DOSSEUS (LEITOS ALTORISCO) OSNV DASMACRORREGIÕES MEIO NORTEE SEMIÁRIDO.**

MACRORREGIÃO SEMIÁRIDO

MACRO	TERRITORIO	ESTABELECIMENTO	TOTAL DE NV EM 2021 ESTABELECIMENTO	ESTIMATIVA DE GESTANTES 2022	GESTANTE RISCO HABITUAL	GESTANTE DE ALTO RISCO	ESTABELECIMENTO REFERÊNCIA PARA MUNICÍPIOS POR TIPO DE PARTO (> VOLUME DE PARTOS -SINASC 2021		QUANTIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS												OUTROS SERVÇOS			
							RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	OBSTÉTRICOS				NEONATAIS											
									RH		AR		UTIN		UCINco		CANG		UTI Ad		CGBP		CPN	
									EXI	NEC	EXI	NEC	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI
SEMI-ÁRIDO	VALE DO SAMBITO	HOSP. ESTADUAEUSTÁQUIO PORTELA	741	815	693	122	Valença, Inhuma, Pimenteiras, Elesbão Veloso, Lagoa do Sítio, Novo Horiente, Aroazes, Francinópolis, São Miguel do Tapuio, Barra do Alcântara, Santa Cruz dos Milagres, São Felix, São José do Piauí, Prata, São Miguel da Baixa Grande, Varzea Grande .	HOSP. REG. JUSTINO LUZ	18	7	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	TOTAL DA REGIÃO		**741**	**815**	**693**	**668**			**18**	**7**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**
	CANINDÉ	HOSP. REG.DEOLINDO COUTO	1.092	1.201	1.021	180	Oeiras, Simplício Mendes, Colônia do Paiuí, Isaias Coelho, São João da Varjota, Santa Rosa do Paiuí, Campinas do Piauí, Bela Vista, Cajazeiras, São Miguel do Fidalgo, Santo Inácio do Piauí, Tanque, Floresta, Paquetá, São Francisco do Piauí, Wall Ferraz, Ipiranga, Conceição do Canindé, Isaias Coelho.	HOSP. REG. JUSTINO LUZ	15	10	0	3	0	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1
	TOTAL DA REGIÃO		**1.092**	**1.201**	**1.021**	**180**			15	10	0	3	0	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0
	VALE DO GUARIBAS	HOSP. REG. MARIANA PIRES FERREIRA	668	509	433	66	Paulistana , Betânia, Queimada Nova, Jacobina, Acauã, Curral Nova e Patos	HOSP. REG. JUSTINO LUZ	10	4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
		HOSP. REG. JUSTINO LUZ	2.312	2.543	2.162	381	Picos, Pio IX, Jaicós, Monsenhor Hipólito, Acauã, Alagoinha, Ipiranga, Alegrete, Aroiera do Itaim, Santo Antônio de Lisboa, Geminiano,Sussuapara, Itainópolis, Marcolândia, Fronteira, São José do Piauí, Padre Marcos, São Julião, Simões, Patos, Paquetá, Betânia, Santa Cruz do Piauí, Santana, São João da Canabrava, Vera Mendes,São Luis, Bocaina, Caridade, Francisco Santos, Dom Expedito Lopes, Curral Novo, Belém, Massapê, Campo Grande, Caldeirão, Francisco Macêdo, Simões		**23**	**21**	**0**	**6**	**0**	**5**	**0**	**5**	**0**	**2**	**0**	**2**	**0**	1	0	1
	TOTAL DA REGIÃO			**2.980**	**3.052**	**2.595**	**447**		**48**	**35**	**0**	**10**	**0**	**8**	**0**	**8**	**0**	**3**	**0**	**4**	**0**	**0**	**0**	**1**
	TOTAL DA MACRORREGIÃO			**5.068**	**4.309**	**4.532**	**1.295**		**81**	**52**	**0**	**15**	**0**	**11**	**0**	**11**	**0**	**5**	**0**	**6**	**0**	**1**	**0**	**1**

FONTE: SESAPI/SINASC/2021 **EXI - EXISTÊNCIA NEC - NECESSIDADE**

1- CRITÉRIOSUTILIZADOSPARADEFINIÇÃODOS PONTOSDE ATENÇÃOPARAVINCULAÇÃODAS GESTANTES (QUANTIDADE DEGESTANTE COMBASE NONV PORUNIDADEDE SAÚDEEMUNICÍPIODERESIDÊNCIANOANODEE 2021(SINASC/2021)PRODUÇÃODE PARTOS ANUAL PORUNIDADE DE SAÚDECOM VOLUME >DE 500 PARTOS POR ANO(SINASC)).

2- OTOTALDE LEITOSDEALTORISCOSERÁDISTRIBUÍDONOSHOSPITAIS MARQUESBASTOSE HEDAPARAATENDER ADEMANDADE GESTANTEDAMACRORREGIÃO.

MACRORREGIÃO CERRADO																										
MACRO	TERRITORIO	ESTABELECIMENTO	TOTAL DE NV EM 2021 ESTABELECIMENTO	ESTIMATIVA DE GESTANTES 2022	GESTANTE RISCO HABITUAL	GESTANTE DE ALTO RISCO	ESTABELECIMENTO REFERÊNCIA PARA MUNICÍPIOS POR TIPO DE PARTO (> VOLUME DE PARTOS -SINASC 2021		QUANTIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS												OUTROS SERVÇOS			
							RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	OBSTÉTRICOS				NEONATAIS											
									RH		AR		UTIN		UCINco		CANG		UTI Ad		CGBP		CPN	
									EXI	NEC	EXI	NEC	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI	NEC	EXI
CERRADO	ALTO PARNAIBA	*HOSP.REG. SEM. DIRCEU AROVERDE	*550	605	514	91	Uruçuí, Antônio Almeida, Baixa Grande do Ribeiro, Ribeiro Gonçalves, Sebastião Leal	HOSP. REG.TIBÉRIO NUNES	9	5	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	TOTAL DA REGIÃO		**550**	**605**	**514**	**91**			**9**	**5**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**
	CHAPADA DAS MANGABEIRA	*HOSP. REG. BOM JESUS	1.774	1.951	1.659	293	Bom Jesus, Redenção do Gurgueia, Cristino Castro, Currais, Palmeiras, Monte Alegre, Alvorada do Gurgueía,Santa Luz, Avelino Lopes, Morro Cabeça do Tempo,	HOSP. REG. BOM JESUS	20	16	0	5	0	4	0	4	0	2	0	1	0	1	0	1
		HOSP REG. DR JOÃO PACHECO CAVALCANTI	1.683	1.851	1.574	278	Corrente, Cristalândia, MonteAlegre, Riacho Frio, São Gonçalo do Gurguéia, Gilbués, Sebastião Barros, Barreira do Piauí, Paranaguá,		17	15	0	4	0	3	0	3	0	2	0	1	0	0	0	0
	TOTAL DA REGIÃO		**3457**	**3803**	**3232**	**570**			**37**	**31**	**0**	**9**	**0**	**7**	**0**	**7**	**0**	**4**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**
	SERRA DA CAPIVARA	HOSP. REG. SEM. CANDIDO FERRAZ	1.504	1.654	1.406	248	São Raimundo Nonato, Anísio de Abreu, Caracol,Dirceu Arcoverde, Canto do Buriti, Varzea BrancaDom Inocêncio, Bomfim do Piauí, Guaribas, Fartura do Piauí, Jurema, São Braz do Piauí, Coronel José Dias, São Lourenço	HOSP. REG. SEM. CANDIDO FERRAZ	20	14	0	4	0	3	0	3	0	2	0	1	0	1	0	0
		MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ELISA	715	787	669	118	São João, Campo Alegre do Fidalgo, São Francisco de Assis, Nova Santa Rita, Capitão Gervásio, Lagoa do Barro, Paes Landim, Socorro Piauí, Pedro Laurentino, Jioão Costa, Brejo, Conceição do Canindé, Ribeira do Paiuí, São Miguel do Fidalgo		12	6	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	TOTAL DA REGIÃO		**2.219**	**2.441**	**2.075**	**336**			**32**	**20**	**0**	**6**	**0**	**4**	**0**	**4**	**0**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**
	VALE DOS RIOS PIAUÍ E ITAUEIRAS	HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES	2.168	2.385	2.027	**118**	Santa Filomena, Santa Luz, Arraial, Floriano, Canto do Buriti, Guuadalupe,Nazária do Piauí, Marcos Parente,Francisco Aires, Flores, Canavieira, Itaueira, Bertolínea, Brejo, Jurema, Landri Sales, Manoel Emidio,Nazaré, Nova Santa Rita, Porto Alegre, Paes Landim, Pajeú, Pedro Laurentino, RIo Grande, Ribeira do Paiuí, São Francisco, São José do Peixe.	HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES	42	20	0	6	10	4	10	4	5	2	0	2	1	1	1	1
	TOTAL DA REGIÃO		**2.168**	**2.385**	**2.027**	**358**			**42**	**20**	**0**	**6**	**10**	**4**	**10**	**4**	**5**	**2**	**0**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**
	TOTAL DA MACRORREGIÃO		**8.394**	**9.233**	**7.848**	**1.385**			**120**	**76**	**0**	**22**	**0**	**16**	**0**	**16**	**0**	**10**	**0**	**7**	**1**	**1**	**1**	**1**

FONTE: SESAPI/SINASC/2021

OBSERVAÇOES: 1-CRITERIOS UTILIZADOS PARA DEFINIÇAO DOS PONTOS DE ATENÇAO PARA VINCULAÇAO DAS GESTANTES
QUANTIDADE DE GESTANTE COM BASE NO NV POR UNIDADE DE SAÚDE E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NO ANO DE E 2021 (SINASC/2021)
PRODUÇÃO DE PARTOS ANUAL POR UNIDADE DE SAÚDE COM VOLUME > DE 500 PARTOS POR ANO (SINASC)

ANEXO 3–PLANO DE PARTO

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE
Nome da Gestante: _____
Deseja ser chamada pelo Nome: _____
Acompanhante: _____
Equipe do pré-natal: _____
ROTEIRO PARA O PLANO DE PARTO
O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para assistência ao parto.
1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? ( ) sim ( ) não 2. Quem você quer presente durante o parto? ( ) Marido/parceiro/pai do bebê ( ) Filha(o) ( ) Mãe ( ) Outros familiares( ) Amiga(o) ( ) Doula( ) Outros_____ 3. Desejo ser informada sobre a necessidade de cada intervenção e de seus possíveis riscos e efeitos colaterais ( ) sim ( ) não
No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos íntimos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.
4. Deseja usar supositório de glicerina? ( ) sim ( ) não
Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.
5. Métodos de alivio da dor que deseja ter como opção? ( ) Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento ( ) Respiração profunda ( ) Banho de banheira ou chuveiro ( ) Massagens ( ) Anestesia com medicamentos ( ) Outros _____
6. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratado. O Que deseja ingerir? ( ) Água ( ) Chás ( ) Gelatina ( ) Suco de fruta ( ) Outros _____
7. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar. ( ) Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto. ( ) Desejo ouvir música durante o trabalho de parto. ( ) Desejo permanecer no mesmo ambiente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.
8. A posição do parto deve ser escolhida pela mulher ( ) De cócoras( ) Apoiada em seu acompanhante( ) Agachada ou de Joelhos ou de quatro ( ) Deitada em decúbito dorsal ( ) Deitada de lado( ) Outra _____
9. Cuidados com o bebê
( ) Desejo que o bebê venha imediatamente para os meus braços, em contato pele a pele ( ) Desejo que o cordão umbilical seja clampeado pelo pai após 3 minutos ( ) Desejo que a amamentação seja estimulada na primeira hora de vida. ( ) Desejo que a identificação do bebê e a vacinação ocorram com ele em meus braços. ( ) Desejo que a equipe peça meu consentimento informando antes de cada intervenção do bebê.( ) _____
10. PARTO CESARIANA: Estando ciente de que o trabalho de parto pode evoluir de maneira inesperada, podendo necessitar de intervenção cirúrgica, seguem meus desejos caso a cesariana seja necessária:
( ) Desejo a presença do meu acompanhante. ( ) Desejo que minhas especificações relativas ao ambiente e aos cuidados com o bebê acima, sejam seguidas na medida do possível, mesmo durante a cirurgia. ( ) Após o nascimento do bebê, desejo que ele seja colocado sobre meu peito em contato pele a pele, sendo estimulado a mamar ainda na sala de parto.( ) _____

Assinatura da Gestante: _____

Declaro que li e estou ciente das preferências listadas pela paciente:

Profissional: _____

ANEXO 04 - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Risco habitual	
Caracteristicas individuais e condições sociodemográficos favoráveis:	
Idade entre 16 e 34 anos	
Aceitação da gestação	
História reprodutiva anterior:	
Intervalo interpartal maior que 2 anos	
Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.	
Risco intermediário	
Característica individuais e condições socioeconômicas e familiares:	
Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos	
Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a gentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse	
Indícios ou ocorrência de violência	
Situação conjugal insegura	
Insuficiência de apoio familiar	
Capacidade de autocuidado insuficiente	
Não aceitação da gestação	
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)	
Tabagismo ativo ou passivo	
Uso de medicamentos teratogênicos	
Altura menor que 1,45m	
IMC <18,5 ou 30-39kg/m²	
Transtorno depressivo ou de ansiedade leve	
Uso de drogas lícitas e ilícitas	
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola	
Mulher de raça negra	
Outras condições de saúde de menor complexidade	
História reprodutiva anterior:	
Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia)	
Malformação	
Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos)	
Diabetes gestacional	
Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade	
Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal	
Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal)	
Intervalo interpartal <2 anos	
Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:	
Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite	
Ganho de peso inadequado	
Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita)	
Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)	
Alto risco	
Característica individuais e condições socioeconômicas:	
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas	
Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ³40kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornosalimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros)	
Condições clínicas prévias à gestação:	
Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras	
Hipertensão arterial crônica	
Diabetes mellitus 1 e 2	
Doenças genéticas maternas	
Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)	
Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio	
Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística)	
Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos)	
Endocrinopatias (*diabetes mellitus*, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo)	
Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.	
Doenças neurológias (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves)	
Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses)	
Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos)	
Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez	
Transplantes	
Cirurgia bariátrica	
História reprodutiva anterior:	
Morte perinatal explicada ou inexplicada	
Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)	
Isoimunização Rh em gestação anterior	

Insuficiência cervical	
Infertilidade	
Acretismo placentário	
Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP	
Prematuridade anterior	
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	
Gestação múltipla	
Gestação resultante de estupro	
Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia	
Diabetes gestacional	
Infecção urinária de repetição: ³3 episódios de ITU baixa ou ³2 episódios de pielonefrite	
Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficossuspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruga viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/ AIDS	
Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrossomia ou desvios daquantidade de líquido amniótico	
Insuficiência istmo cervical	
Anemia grave (hemoglobina <8 g/dL) ou anemia refratária a tratamento	
Hemorragias na gestação	
Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante	
Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)	
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal	
Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado	
Outras condições de saúde de maior complexidade	
Alto risco com situações especiais:	
Gestação múltipla monicoriônica	
Isoimunização Rh em gestação anterior	
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal	
Diagnóstico de HIV/AIDS	
Transplantes	
URGÊNCIA NA GESTAÇÃO	
As ocorrências de morte materna, fetal e infantil estão, em grande parte, relacionadas a complicações das morbidades preexistentes ou identificadas durante a gestação. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta e pronta para identificar precocemente os sinais e sintomas de ssas complicações, e estabelecer a conduta adequada, o que inclui a valorização das queixas apresentadas pela gestante, mesmo que aparentemente não tenham repercussão clínica, e a vigilância redobrada para as mulheres com maior vulnerabilidade e menor capacidade de percep ção da própria situação de saúde.	
Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo)	
Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável	
PAS³160mmHg ou PAD ³110mmHg, escotomas visuais, diplopia, cefaleia, epigastralgia, dor no hipocôndrio direito e confusão mental	
Eclâmpsia	
Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurossífilis	
Suspeita de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar	
Anidrâmnio	
Polidrâmnio grave ou sintomático	
Ruptura prematura de membranas	
Hipertonia uterina	
Gestação a partir de 41 semanas confirmadas	
Hemoglobina menor que 6g/dL ou sintomática, com dispneia, taquicardia e hipotensão	
Dor abdominal intensa/abdome agudo em gestante	
Suspeita de TVP	
Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação	
Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação	
Vitalidade fetal alterada (perfil biofísico fetal £6; diástole zero em umbilical, cardiotocografia não tranquilizadora, ausênciaou redução de movimentos fetais por mais de 12 horas em gestação com mais de 26 semanas e suspeita de morte fetal)	
Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional	
Outras urgências clínicas	
Isoimunização Rh	
Trabalho de parto pré-termo	

Fonte: Socied ad e Beneficen t e Israelit a Brasilei ra Albert Einstein NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA TENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDEE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO. /Socied ad e Beneficen t e Israeli t a Brasileia Albert Einsten. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einsten: Ministério da Saúde, 2019.

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE - SESAPI

GOVERNO DO PIAUÍ
AQUI TEM TRABALHO. AQUI TEM FUTURO.

ANEXO 5 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ

Ficha 02

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

CLASSIFICAÇÃO:

VERMELHO LARANJA MARELO VERDE AZUL

1. NOME: _____ IDADE: _____
2. DATA: ____/____/____
3. HORÁRIO DE CHEGADA: : HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: : _H
4. É GESTANTE? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) INCERTEZA
5. DUM: ____/____/____ IG: ____sem____dias DPP: ____/____/____
6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G____ P____ A____

7. QUEIXA / FLUXOGRAMA:

_____

8. PARAMETROS DE AVALIAÇAO:

PA=_____x_____mmHg FC=_____bpm FR=____ipm Temp.=____°C SatO² _____Glicemia: _____mg/dl.

CONTRAÇOES UTERINAS: ( ) Não ( ) Sim Hipertonia uterina ( ) Não ( ) Sim

DOR: _____/10 Localização_____

PERDA DE LIQUIDO: ( ) Não ( ) Sim Aspecto: ( ) Claro ( ) Meconial fluido ( ) Meconial espesso

SANGRAMENTO VAGINAL: ( ) ausente ( ) presente sem repercussão hemodinâmica

( ) presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/ -): _____se ausente

Outras queixas:

_____

9. MEDICAMENTOS EM USO:

_____

10. Observações: ( ) Alergias ( ) Drogas ( ) Vítima de violência

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____ Carimbo e assinatura

ANEXO 6- FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ

Ficha 03

FICHA DE REFERÊNCIA DA MULHER

DE:_____ MUNICIPIO:_____

PARA:_____MUNICIPIO:_____

NOME:_____ D. Nasc: ___/___/_____ Idade: _____.

ENDEREÇO: _____

TELEFONE E CONTATO:_____

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:_____ COR: BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDIGENA ( )

SINAIS E SINTOMAS: _____

_____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

_____

CONDUTA ADOTADA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

_____

DATA:____/____/____ HORA:_____

_____
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
(assinatura e carimbo)

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA DA MULHER

DE:_____ MUNICIPIO:_____

PARA:_____ MUNICIPIO:_____

NOME:_____ D. Nasc: ___/___/_____ Idade: _____.

ENDEREÇO: _____

TELEFONE E CONTATO: _____

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:_____ COR: BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDIGENA ( )

DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO: _____

_____

CONDUTA ADOTADA: _____

_____

RECOMENDAÇÕES:_____

_____

DATA:____/____/____ HORA:_____

_____
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
(assinatura e carimbo)

ANEXO 7 - CONSULTA E EXAMES PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

Exames laboratoriais: EXAMES DE ROTINA

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER
Hemoglobina	1ª onsulta	• Hemoglobina>11g/dl–normal.	• Se anemia presente, tratar eacompanharhemoglobinaapós30e60dias, conforme descrito no Fluxograma6.******
ehematócrito	3ºtrimestre	• Hemoglobinaentre8e11g/dl–anemialeveamoderada.	• Se anemia grave, encaminhar ao pré-nataldealtorisco.
		• Hemoglobina < 8 g/dl – anemiagrave.	
Eletroforese dehemoglobina*	1ªconsulta	• HbAA:semdoençafalciforme;	• As gestantes com traço falciformedevem receber informações eorientaçõesgenéticaspelaequipedeAtenção Básica.
		• HbAS:heterozigoseparahemoglobina S ou traçofalciforme, sem doençafalciforme.	• As gestantes diagnosticadas comdoença falciforme devem serencaminhadas ao serviço de referência(pré-natal de alto risco, hematologistaou outra oferta que a rede de saúdeofertar).
		• HbAC: heterozigose parahemoglobina C, sem doençafalciforme.	
		• HbAcomvariantequalquer:semdoençafalciforme;	
		• HbSS ou HbSC: doençafalciforme.	
Tiposanguíneo e fator Rh	1ªconsulta	• A(+), B(+),AB(+), O(+): tipo	• Se o fator Rh for negativo e o paidesconhecido ou pai com fator Rhpositivo,realizarexamedeCoombsindireto.
		sanguíneo+fatorRhpositivo.	• Antecedente de hidropsia fetal ouneonatal,independentementedoRh,realizarexamedeCoombsindireto.
		• A(-), B(-),AB(-), O(-): tipo sanguíneo+fatorRhnegativo.	
Coombsindireto	Apartir da 24ª semana	• Coombs indireto positivo:gestantesensibilizada.	• Coombsindiretopositivo:
		• Coombs indireto negativo:gestantenãosensibilizada.	✓ Referenciaraoaltorisco.
			• Coombsindiretonegativo:
			✓ repetirexamede4/4semanas;
			✓ imunoglobulinaanti-Dpós-parto, se o RN for Rh positivo ecoombs direto for negativo, apósabortamento, gestão ectópica,gestação molar, sangramentovaginal ou após procedimentosinvasivos(biópsiadevilo,
			amniocentese,cordocentese),se mãeRh(-)epaiRh(+).
Glicemiaem jejum	1ª consulta 3ºtrimestre	• Entre 85-90 mg/dl sem fatores derisco:normal.	• Entre 85-90 mg/dl com fatores deriscoou90-110mg/dl:realizarotestede tolerância à glicose na 24ª-28ªsemana gestação. Orientar medidasde prevenção primária (alimentaçãosaudáveleatividadefísicaregular).
		• Entre 85-90 mg/dl com fatoresde risco ou 90-110 mg/dl:rastreamentopositivo.	• Se > 110, repetir o exame de glicemiadejejum.Seoresultadoformaiorque 110 mg/dl, o diagnóstico será deDMG. Orientar medidas de prevençãoprimária e referir ao alto risco,mantendo o acompanhamento naUBS.
		• Se > 110 mg/dl: confirmardiagnóstico de diabetes mellitusgestacional(DMG).	
Teste detolerância àglicose (jejume 2 horas pós-sobrecarga com75 g de glicoseanidro)	24ª-28ª semanas**	• Diagnóstico de DMG napresença de qualquer um dosseguintes valores:	• No diagnóstico de DMG, orientarmedidas de prevenção primária ereferir ao alto risco, mantendo oacompanhamentonaUBS.
		✓ emjejum>110mg/dl;	• VerFluxograma11.*******
		✓ após2horas>140mg/dl.	
Urinatipol	1ª consulta 3ºtrimestre	• Leucocitúria:presençaacimade	• Leucocitúria:realizarurinoculturapara confirmar se há ITU. Caso nãoestiver disponível a urinocultura, tratarempiricamente.

		10.000 células por ml ou cincocélulasporcampo.	• Cilindrúria, hematúria sem ITU ousangramento genital e proteinúriamaciça ou dois exames seguidos comtraços, passar por avaliação médica e,casonecessário,referiraoaltorisco.
		• Hematúria:presençaacimade	• Na presença de traços de proteinúria:repetir em 15 dias; caso se mantenha,encaminhar a gestante ao pré-natal dealtorisco.
		10.000 células por ml ou de trêsacincohemáciasporcampo.	• Na presença de traços de proteinúria ehipertensão e/ou edema: é necessárioreferir a gestante ao pré-natal de altorisco.
		• Proteinúria:alterado>10mg/dl.	• Na presença de proteinúria maciça: énecessário referir a gestante ao pré-nataldealtorisco.
		• Presençadeoutroselementos:não necessitam de condutasespeciais.	• Na presença de pielonefrite, referirimediatamente à maternidade; se ITUrefratária ou de repetição, referir aoaltorisco.
			• VerFluxograma3.*******
Urocultura eantibiograma	1ª consulta 3ºtrimestre	• Urocultura negativa: < 100.000unidades formadoras de colôniaspormL(UFC/mL).	• VerFluxograma3.*******
		• Uroculturapositiva:>100.000UFC/mL.	
		• Antibiograma: indica osantibióticosquepodemserutilizadosnotratamento.	
Testerápidodeproteinúria* **	Indicado paramulheres comhipertensão nagravidez	• Ausência: < 10 mg/dl (valornormal).	A presença de proteinúria (+) ou maisdeve ser seguida de uma determinaçãode proteinúria de 24 horas, sendo umdos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.
		• Traços:entre10e30mg/dl.	
		• (+)30mg/dl.	
		• (++)40a100mg/dl.	
		• (+++)150a350mg/dl.	
		• (++++)> 500mg/dl.	
Teste rápidopara sífilis ouVDRL	1ªconsulta	• TesterápidonãoreagenteouVDRLnegativo:normal.	• VerFluxograma7.******
	3º trimestre(28ªsemana)	• Teste rápido reagente e VDRLpositivo: verificar titulação paraconfirmar sífilis.	
Teste rápidopara HIV ousorologia (anti-HIVI eII)	1ª consulta 3ºtrimestre	• Testerápidonãoreagente:normal.	• VerFluxograma13.******
		• Testerápidoreagenteesorologia	
		positiva:confirmarHIVpositivo.	
Sorologiahepatite B(HBsAg)	1ª consulta 3ºtrimestre	• HBsAgnãoreagente:normal.	• Fazeraconselhamentopréepós-teste.
		• HBsAgreagente:solicitarHBeAge transaminases (ALT/TGP eAST/TGO).	• HBsAg reagente e HBeAg reagentes:deve ser encaminhada ao serviço dereferênciaparagestaçãodealtorisco.
			• HBsAg não reagente: se esquemavacinal desconhecido ou incompleto,indicar vacina após 1º trimestre.Toda gestante HBsAg não reagentedeve receber a vacina para hepatiteB ou ter seu calendário completado,independentementedaidade.
Toxoplasmose IgG eIgM	1ªconsulta 3ºtrimestre****	• IgG eIgM reagentes:	• VerFluxograma8.******
		✓ avidez de IgG fraca ougestação > 16 semanas:possibilidade de infecção nagestação – iniciar tratamentoimediatamente;	• Fornecer orientações sobre prevençãoprimáriaparaasgestantessuscetíveis:
		✓ avidez forte e gestação < 16semanas: doença prévia –nãorepetir exame.	✓ lavar as mãos ao manipularalimentos;
		• IgM reagente e IgG nãoreagente: doença recente –iniciar tratamento imediatamentee repetir o exame após trêssemanas.	✓ lavar bem frutas, legumes everdurasantesdesealimentar;
		• IgM não reagente e IgGreagente: doença prévia – nãorepetiroexame.	✓ não ingerir carnes cruas, malcozidas ou mal passadas, incluindoembutidos(salame,copaetc.);
		• IgM e IgG não reagente:suscetível – orientar medidas deprevenção e repetir o exame no3ºtrimestre.	✓ evitar o contato com o solo e a terrade jardim; se isso for indispensável,usar luvas e lavar bem as mãosapósaatividade;
			✓ evitar contato com fezes de gato nolixoounosolo;

			✓ após manusear carne crua, lavarbem as mãos, assim como tambémtoda a superfície que entrou emcontato com o alimento e todos osutensíliosutilizados;
			✓ não consumir leite e seus derivadoscrus, não pasteurizados, sejam devacaoudecabra;
			✓ propor que outra pessoa limpe acaixa de areia dos gatos e, casoisso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizandoluvasepazinha;
			✓ alimentar os gatos com carnecozida ou ração, não deixando queelesfaçamaingestãodecaça;
			✓ lavar bem as mãos após o contatocomosanimais.
Malária (gotaespessa)***	Em todas asconsultas de pré-natal, senecessário	• Negativo:semadoença.	• Se positivo: iniciar tratamento,conforme diretrizes do MS paratratamento de malária na gestação (verCAB32).[2]
		• Positivo:portadorado Plasmodiumsp..	• Senegativo:investigarquadrosfebris.

Notas

* Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme,conforme NotaTécnicanº035/2011/CGSH/DAE/SAS/MSdaRedeCegonha.

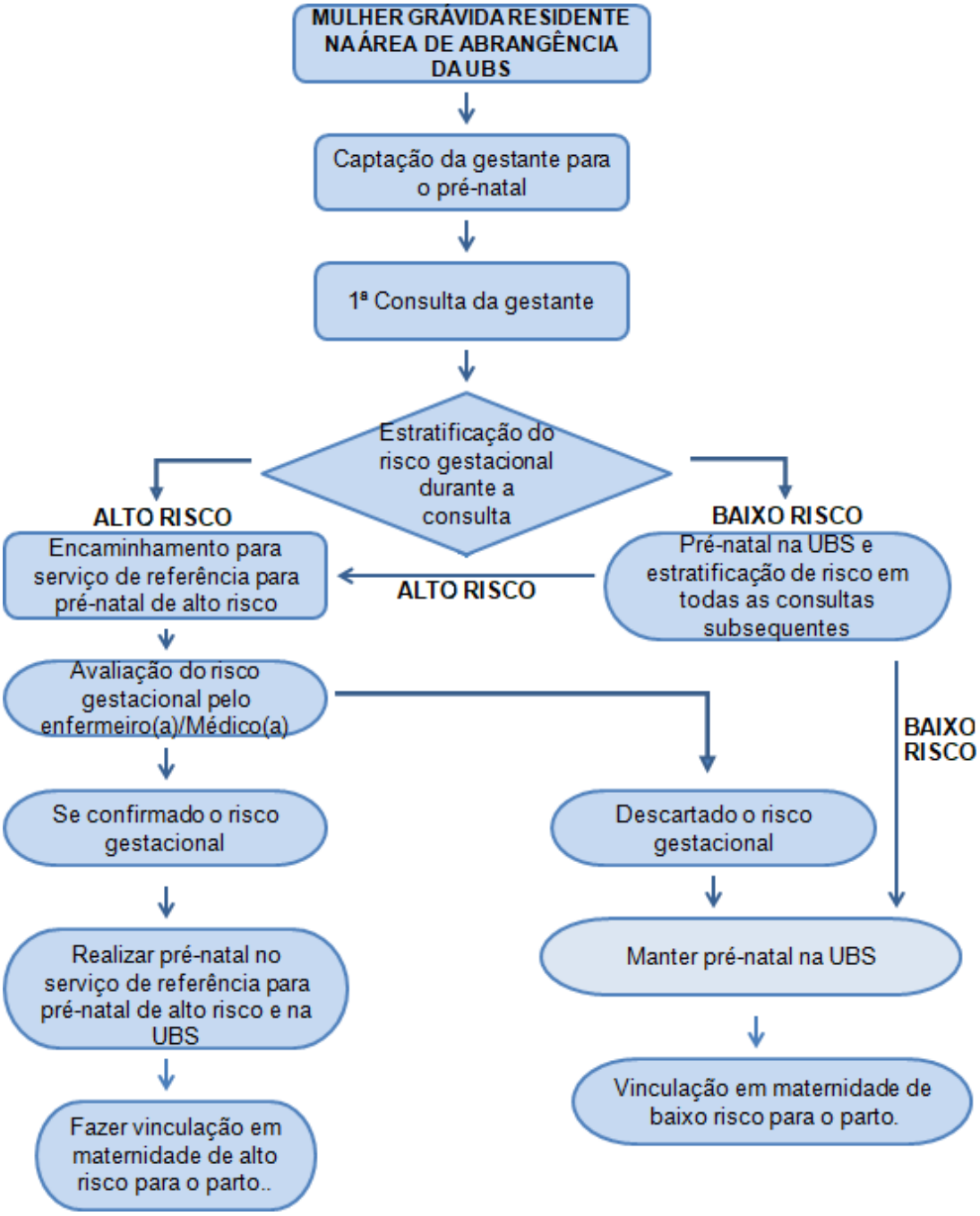
**NasgestantessemdiagnósticopréviodeDM.

*** Conforme Nota Técnica da Rede Cegonha de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf>.

****SeIgGeIgMnegativosno1ºexame.

*****Incluiroexamedegotaespessaparamalárianarotinadopré-natalemáreasendêmicasparaadoença. *******Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.

ANEXO 8 - CONSULTA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO - FLUXOGRAMA



ANEXO 9–RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL

RESUMO DE ALTA /ENCAMINHAMENTO

Nome:						
Data:	Data Nasc	Idade	Prontuário	Setor	Enfermaria	Leito
/ /	/ /					

DADOS DA PACIENTE:

NOME:_____IDADE:_____

ENDEREÇO:

_____

_____

DADOS CLÍNICOS DA ADMISSÃO:

_____

_____

_____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

_____

_____

_____

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS:

_____

_____

_____

CONDIÇÕES NA ALTA:

_____

_____

_____

PLANEJAMENTO PÓS-ALTA/RECOMENDAÇÕES:

_____

_____

_____

DATA DA ALTA: / /

_____

Profissional/Carimbo

ANEXO 10 - RECOMENDAÇÕES DA MATERNIDADE PARA APS

ORIENTAÇÕES NA ALTA HOSPITALAR DE PUERPERIAS

RECOMENDAÇÕES DA MATERNIDADE PARA AS UBS

NOME _____

PRONTUARIO _____
IDADE _____
DATA DA ADMISSÃO __/__/_____
DATA DA ALTA _____/ ___/_____

REGISTRO DAS RCOMENDAÇÕES

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

|RECOMENDAÇOES PARA UMA ALIMENTAÇAOADEQUADA PARA A MAE:

"Comer comida de verdade, essa é a principal orientação'. Evitar o consumo de produtos industrializados, dando preferência por alimentos naturais (frutas, legumes, verduras, cereais, leguminosas, carnes, leite, ovos) e preparados em casa.

Realizar as refeições com regularidade em ambientes tranquilos.

Procure aumentar a ingestão de água;é uma recomendação importante na fase de amamentação.

Evite o excesso de sal e temperos industrializados. Dar preferência a utilização de temperos naturais como coentro, cebolinha, orégano etc.
Utilizar óleo, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos.

Evitar o consumo de bebida alcoólica,

Evitar dietas radicais que promovam perda de peso rápido.

CUIDADOS COM AS MAMAS

Higienizar as mamas com água e sabão, durante o banho, e mantê-las secas;

Na boa pega, o bebê deve abocanhar toda a aréola (parte escura do peito), e, não só, o mamilo (bico do peito). A posição deve ser a mais confortável para os dois, desde que seja segura e firme;

A mama deve ser ordenhada manualmente, se estiver muito cheia ou empedrada, o que facilta a amamentação e evita dor, fissuras e outras ocorrências

Se houver complicações, deve-se manter a amamentação na mama afetada, sempre que possível.

Em caso de dificuldades com a amamentação, procure orientação com os profissionais da UBS, no Banco de Leite Humano, nos Postos de coleta mais próximos e pelo site https://rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh

CUIDADOS COM O RECÉM NASCIDO

A tranmissão do vírus SARS_COV-2 pelo leite materno não foi detectada.Durante a amamentação , a mãe confirmada/suspeita ou com contatos domiciliares que apresentem quadro gripal deve além de higienizar as mãos com água e sabão **fazer uso de máscaras**.

Dar continuidade ao aleitamento materno exclusivo, o que favorece maior vínculo;

Amamentar o bebê no peito, quanto e quando ele quiser, ou na hora que sentir fome;

Limpar o umbigo, com álcool a 70%. Evite que o álcool pingue na pele ao redor ou em outras partes do corpo do bebê. Esse coto secar e cair até duas semanas de vida. Não coloque faixas, moedas ou qualquer outro objeto ou substância sobre o umbigo.

Preste atenção na coloração da pele do bebê. A cor amarelada significa icterícia. Se aparecer nas primeiras 24h de vida, é necessário que o leve à unidade de saúde mais próxima.

Observe as fezes do bebê. A quantidade de vezes que a criança faz cocô varia muito; pode fazer várias vezes ao dia e, especialmente, após as mamadas, ou ficar até dois dias ou três dias sem fazer cocô, ou mais, se estiver mamando só no peito (amamentação exclusiva)

Os testes do pezinho, da orelhinha, do coraçãozinho e do olhinho, deverão ser feitos , precocemente, nos primeiros dias de vida, para verificar a presença de doenças, que podem ser tratadas com sucesso.

A vacinação é essencial para manter a criança saudável; verifique o registro na caderneta da criança (da BCG e da hepatite B)

CUIDADOS COM OS TIPOS DE PARTOS

Parto Normal

Se houve corte próximo à vagina (episiotomia), mantenha a cicatriz bem limpa, lavando-a com água e sabão, durante o banho, ou após fazer suas necessidades, e secando bem o local. A região está cicatrizando e pode ficar dolorida. Não se preocupe,os pontos vão ser absorvidos pelo corpo

Parto Cesariana

Mantenha a cicatriz limpa e seca, após o banho. Os pontos deverão ser retirados de 7 a 10 dias, na unidade Básica de Saúde mais próxima de sua casa.

Consulta pós- parto

Você e seu bebê devem retornar à Unidade Básica de Saúde nas duas primeiras semanas, após o parto, para avaliar a sua saúde e de seu bebê;

Avaliar a amamentação e o sangramento vaginal;

Observar a cicatrização e retirar pontos, se necessário;

Para maiores informações consulte a Caderneta da Gestante e a Caderneta de Saúde da Criança

ANEXO 11 – CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO

VACINAS	ESQUEMAS E RECOMENDAÇÕES		OBSERVAÇÕES
VACINAS RECOMENDADAS			
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP – IM(0,5ML) Dupla adulta (difteria e tétano -Dt - IM(0,5ML)	Histórico vacinal	Conduta na gestação	A dTpa está recomenda da em todos as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a Bordetella pertussis ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possas e imunizado. Mulheres não vacina das na gestação devem ser vacina das no puerpério, o mais precoce mente possível. Na falta de dTpa ,pode ser substituída por dTpa- VIP, ficando a critério médico ou soofflabel em gestantes.
	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir a 20ª semana de gestação, o mais precoce mente possível.	
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ªsema na de gestação, o mais precoce mente possível.Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.	
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma do se de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precoce mente possível.	
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e um a dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partirda20ª semanas de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.	
Hepatite B – IM (<20 anos 0,5ML e > 20 anos 1 ml)	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.		A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.
Influeza (gripe) IM OU SC 0,5 ML	Dose única anual		A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.
ANTI - COVID	Duas doses da Coronavac ou Pfizer com intervalo conforme recomendado pelo PNI, a partir dos 18 anos, como grupo prioritário independentemente da presença de fatores de risco adicional, mediante prescrição médica		A gestante é grupo de risco para as complicações da COVID-19. As grávidas e lactantes até 45 dias após o parto serão vacinadas com imunizantes que não contenham vetor viral

Calendário pode ser atualizado de acordo Normas do Programa Nacional de Imunização-PNI

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei **nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, abril 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf

_____. Ministério da Saúde. Protocolos **da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**, Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília, 2016. Disponível em:chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

_____. Ministério da Saúde**. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 27 dezembro 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/Lei/L11634.htm

_____. Ministério da Saúde**. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 maio 2014: Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017**. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf 2020. http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 715 de 04 de abril de 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559