



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DA BARRA/ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

***PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E
ATENDIMENTO DA GESTANTE E DA CRIANÇA ATÉ OS SEUS DOIS
PRIMEIROS ANOS DE VIDA***

Conceição da Barra - ES

2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DA BARRA
Secretaria Municipal De Saúde

PREFEITO MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DA BARRA
Francisco Bernhard Vervolet

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Júlio César de Souza Baldotto

GRUPO MUNICIPAL DA REDE CEGONHA

Lucélia Almeida de Oliveira Aguiar

Dayane Moraes Martins

Daniester Coelho Braga Velasco

Rosilene Oliveira da Silva

Idelfonso Suldini Resende

SUMÁRIO

Introdução - **5**

A Rede Cegonha e o Pré-Natal - **7**

Estratificação de Risco - **9**

Resumo do Mapeamento do Cuidado no Pré-Natal - **20**

Atribuições dos Profissionais - **23**

Acolhimento e Classificação de Risco (A&Cr) em Obstetrícia - **30**

Atribuições das Equipes de A&Cr - **33**

Protocolo de A&Cr em Obstetrícia - **37**

Atendimento a criança nos vários níveis assistenciais e serviços - **58**

Rede de Referência Municipal de Serviços de Saúde - **74**

Referências - **75**

APRESENTAÇÃO

Esse Protocolo é mais uma iniciativa para apoiar as Redes de Atenção à Saúde visando à ampliação do acesso e qualificação do cuidado, com foco nas gestantes e crianças até dois anos de vida.

Tem como perspectiva favorecer o aumento da capacidade de articulação dos serviços em rede na região. Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de saúde, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e crianças até dois anos de vida e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna, perinatal e infantil.

O Protocolo inclui a Classificação de Risco que é uma ferramenta de apoio à decisão clínica que tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida.

Pretende-se, com sua utilização, evitar a peregrinação de mulheres nos serviços de saúde evitando as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso.

1. INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha (RC) é uma iniciativa do Ministério da Saúde/MS lançada pelo Governo Federal em 2011 com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. A RC 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. Vem mobilizando gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços, especialmente as mulheres e crianças como beneficiários diretos. Em sua operacionalização, tem-se investido um conjunto de recursos e estratégias de parcerias para um trabalho em conjunto. O foco estratégico da RC está na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal.

Os princípios fundantes da RC põem em relevo os direitos de cidadania, previstos no SUS, reforçando a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e de gênero, a busca de equidade no atendimento, considerando as diferenças regionais, e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens, além do incentivo à participação e mobilização social.

É desafio e compromisso da Secretaria Municipal de Saúde ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e corresponsabilização dos usuários.

Nessa direção, a RC adota estratégias para reorganização dos processos de trabalho no campo obstétrico-neonatal e este Protocolo aborda uma de suas principais diretrizes, o Acolhimento e Classificação de Risco nas portas

de entrada dos serviços de saúde do Município.

Com este produto, espera-se contribuir para ampliação do A&CR nos serviços que realizam atendimentos de saúde.

2. A REDE CEGONHA E O PRÉ-NATAL

O pré-natal é o acompanhamento realizado pela equipe médica de uma Unidade de Saúde que tem como objetivo acompanhar as condições de saúde da gestante e do feto. Durante a gestação são realizados exames laboratoriais para identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou do feto. É importante que as gestantes iniciem seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada, ou antes, de completarem três meses de gestação, como é preconizado dentre os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica, ou seja, captação precoce (BRASIL, 2012).

É extremamente importante que as gestantes cumpram o calendário traçado pela equipe de saúde e participem das práticas educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde. Tais práticas visam discutir assuntos relacionados à gestação (transformações físicas e emocionais que determinam também o acompanhamento do pré-natal), cuidados com a saúde durante a gestação, preparação para o parto, sinais de trabalho de parto, puerpério imediato, cuidados com o bebê, dentre outros.

Os profissionais devem garantir um acompanhamento pré-natal acolhedor e humanizado, garantindo o acompanhamento da gestante o mais precocemente possível até o final da gestação.

O acolhimento durante o pré-natal pode ser realizado de várias formas, dentre elas, pode-se citar a atenção voltada para escutar as queixas da gestante, seus anseios, suas preocupações esclarecendo os mitos ela cria em torno da fase que vive. Outro fator relevante é estimular a participação do (a) acompanhante durante as consultas do pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, o diálogo presente em um pré-natal humanizado possibilita a criação de um elo entre profissionais de saúde e gestantes.

Apesar do avanço na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas dos governos e da

sociedade nos últimos 30 anos, a redução da morbimortalidade materna e neonatal permanece como um desafio.

Embora o acesso e a disponibilidade de profissionais para a assistência tenham se ampliado, ainda se observam muitas lacunas na qualidade da prestação de serviços, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado conforme as necessidades da população brasileira. Observa-se no cotidiano dos serviços a fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado.

A Rede Cegonha propõe a implantação de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, afirmando que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher, parceiro (a) e sua família.

A Rede Cegonha busca a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, da garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral, da implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, e do acesso ao planejamento reprodutivo.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação das gestantes é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil evidenciou a necessidade de uma revisão dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato.

Assim, foram propostos dois outros estratos de risco: o Médio Risco, para caracterizar a presença de alguns fatores de risco que implicam maior vigilância e cuidado da gestante, mesmo que o fluxo para o pré-natal e o parto seja o mesmo do risco habitual; e o Muito Alto Risco, para caracterizar um risco maior para a gestante (doenças não controladas) e/ou para o neonato (pela presença de malformações ou intercorrências que levam à prematuridade extrema), riscos estes que podem ser identificados durante o pré-natal, definindo, previamente ao parto, fluxos assistenciais diferenciados, que muitas vezes serão realizados fora do território das regiões de saúde, concentrando o serviço na região metropolitana.

Planilha de Estratificação

RISCO HABITUAL Até 04 pontos	MÉDIO RISCO De 04 a 09 pontos	ALTO RISCO De 10 a 40 pontos	MUITO ALTO RISCO Mais de 40 pontos
--	---	--	--

Fatores	Critérios/Pontos				Pontuação
	Menor de 14 anos 1 ponto	De 14 a 34 anos 0 ponto	Maior de 35 anos 1 ponto		
Idade da Gestante					
Altura da Gestante	Menor que 1,45m 1 ponto		Altura normal 0 pontos		
Situação Familiar	Instável Sim (1 ponto) Não (0 ponto)		Aceitação da Gravidez Não (1 ponto) Sim (0 ponto)		
Escolaridade: Sabe ler e escrever?	Sim (0 ponto)		Não (1 Ponto)		
Tabagismo: É fumante?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)		
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)		
A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)		
Avaliação Nutricional	Peso Adequado (0 Pontos)	Baixo Peso (IMC<18, 5Kg/m²) Ganho de peso inadequado e ou anemia (1 Ponto)	Sobrepeso (IMC > 25, 29,9Kg/m²) (1 Ponto)	Obesidade (IMC > 30, + de 9Kg/m²) (5 pontos)	
Antecedentes Obstétricos	Até 2 abortos (05 Pontos)				
	Mais de 2 Abortos Espontâneos (10 Pontos)				
	Natimorto (05 Pontos)				
	Parto prematuro (05 Pontos)				
	Mais de 01 parto prematuro (10 Pontos)				
	Óbitos Fetais (05 Pontos)				
	História de recém-nascido com crescimento restrito ou Malformação Fetal 5 Pontos)				
	Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (02Pontos)				
	Eclampsia (10 Pontos)				
	Pré Eclampsia (05 Pontos)				
	Placenta Prévia e DPP (05 Pontos)				
	Incompetência Istmo-cervical (10 Pontos)				
	Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores)(05 Pontos)				
Diabetes gestacional (05 pontos)					

	Nuliparidade e grande multiparidade (05 pontos)	
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	Ameaça de aborto (05 Pontos)	
	Anomalia do Trato Geniturinário (05 Pontos)	
	Placenta Prévia (10 Pontos)	
	Câncer Materno (10 Pontos)	
	Isoimunização/Doença Hemolítica (10 Pontos)	
	Esterilidade Tratada (05 Pontos)	
	Neoplasia Ginecológica (10 Pontos)	
	Malformações Congênitas (10 Pontos)	
	CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito (10 Pontos)	
	Polidrâmnio e Oligodrâmnio (10 Pontos)	
	Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III) (10 Pontos)	
	DHEG, Diabetes Gestacional (10 Pontos)	
	Gestação Gemelar (10 Pontos)	
	Insuficiência Istmo-cervical (10 Pontos)	
	Trabalho de partoprematuro ou gravidezprolongada (05 Pontos)	
	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (10 Pontos)	
	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (10 pontos)	
Diabetes gestacional (05 pontos)		
	Óbito fetal (10 pontos)	
Condições Clínicas Preexistentes	Aneurismas (20 pontos)	
	Aterosclerose (05 pontos)	
	Alterações osteo-articulares de interesse obstétrico (05 pontos)	
	Cardiopatias (15 pontos)	
	Doenças auto-imunes , LES e outras colagenoses (15 pontos)	
	Doenças inflamatórias intestinais crônicas (05 pontos)	
	Endocrinopatias (especialmente Diabetes Mellituse tireoidopatias) (10 pontos)	
	Epilepsia (10 pontos)	
	Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros) (10 pontos)	
	Nefropatias, Hemopatias, Pneumopatias e Hipertensãoarterial (10 pontos)	
	Trauma (10 pontos)	
	Tromboembolismo (10 pontos)	
	Doenças infecciosas bucais (05 pontos)	
	Doenças Infecciosas (hepatites, toxoplasmose, sífilis, HIVe outras DSTs (10 pontos)	
Neoplasias (10 pontos)		
Intercorrências Clínicas	Doençasinfeciocontagiosasvividas durantea presentegestação (ITU, doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, gengivites e periodontites, toxoplasmose etc.) (10	
	Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias). (10 pontos)	
PONTUAÇÃO TOTAL		

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

Maternidades de Referência e Tipos de Risco

MATERNIDADE REFERÊNCIA	TIPO DE RISCO
Cidade: São Mateus Hospital Maternidade Nossa Senhora Aparecida	Risco Habitual/ Médio Risco
Cidade: Colatina Hospital Maternidade São José	Alto Risco/Muito Alto Risco

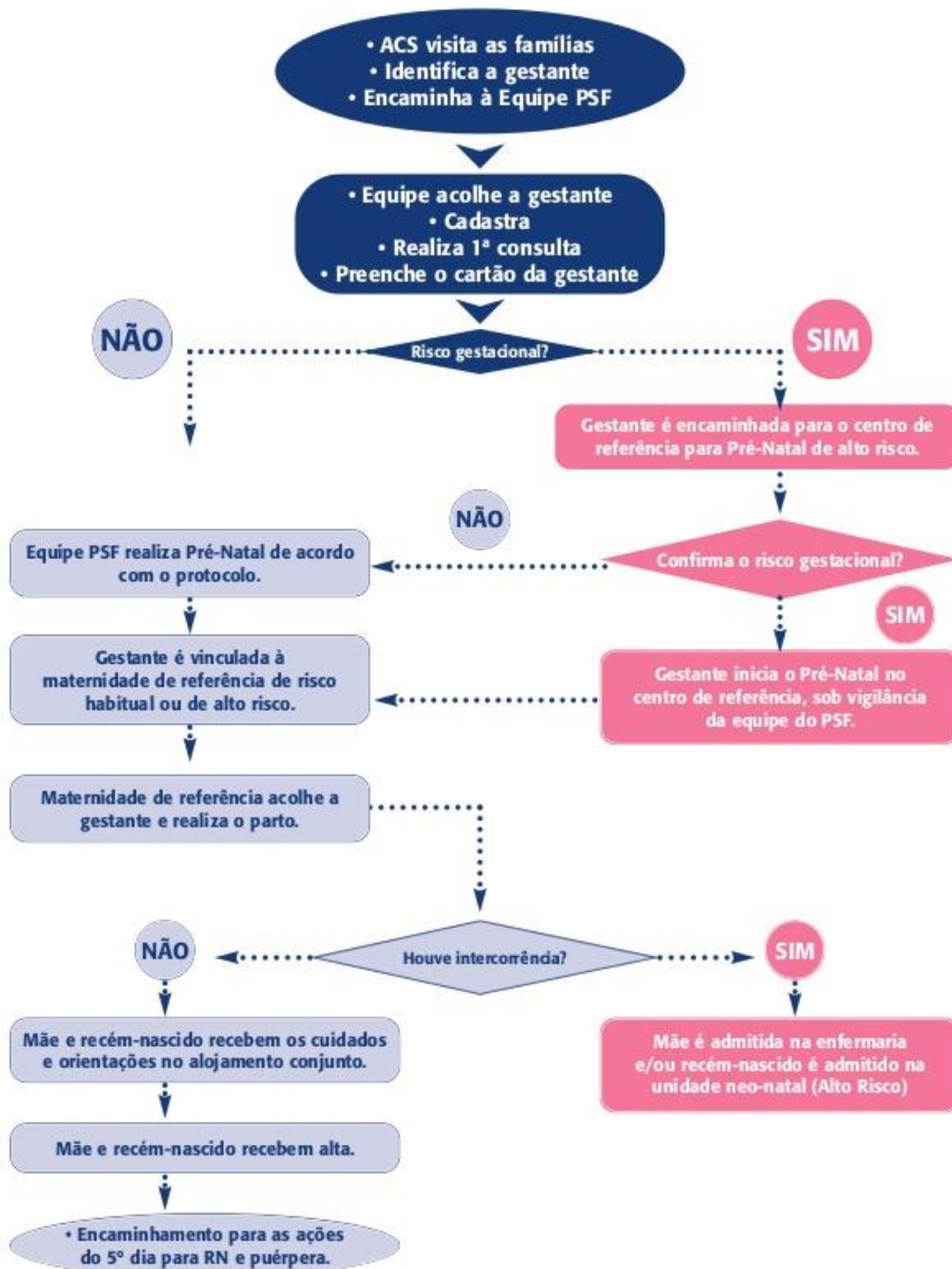
Competências e Atribuições

Ao confirmar uma gravidez, cabe aos profissionais da:

- Unidade Básica de Saúde

1) Estabelecer o fluxo da gestante:

Fluxograma da Gestante



- Garantir a consulta de pré-natal e melhoria da qualidade da assistência prestada;
- Garantir os exames de pré-natal, com acesso e tempo oportuno dos resultados;
- Garantir contínua do acesso aos medicamentos no pré-natal;
- Preencher o Mapa de Vinculação da Gestante (o agente de vinculação local é responsável pelo preenchimento e envio ao Agente Vinculador Municipal, conforme quadro 1);

Quadro 1: Agentes Vinculadores Municipal e local (ESF)

Agente Vinculador Municipal	
Coordenador (a) Municipal da Rede Cegonha	
Agente Vinculador Local	
Unidade de Saúde	Responsável/Cargo
ESF Centro	Enfermeiro (a) da Unidade
ESF Vila dos Pescadores	
ESF Marcílio Dias	
ESF Santana	
ESF Itaúnas	
ESF Sayonara	
ESF Braço do Rio I	
ESF Braço do Rio II	
ESF Cobraice	

- Instituir a ferramenta de referência e contrarreferência;
- Estabelecer vínculo da gestante com o serviço de referência ambulatorial e a maternidade no início do pré-natal, com organização de fluxos de referência e contrarreferência;

2) Orientar a gestante quanto ao encaminhamento ao serviço de referência

municipal de consultas e exames e esclarecer que o vínculo com a equipe continua, caso o pré-natal seja direcionado ao Alto Risco;

3) Agendar a primeira consulta na própria Unidade, imediatamente após confirmação da gravidez ;

4) Já na primeira consulta, se for possível, a gestante deverá passar pela primeira consulta odontológica programática ou ter sua consulta agendada para posterior Tratamento Odontológico e monitoramento de sua Saúde Bucal alcançada; caso a Unidade não tenha Odontologia, a gestante deve ser referenciada à Unidade mais próxima para o acompanhamento;

5) Até que aconteça a primeira consulta, a equipe da UBS deve manter o acompanhamento da gestante;

6) A equipe da UBS deve manter uma vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas, caso falte em uma consulta sem justificativa prévia, deverá ser realizada a busca ativa da mesma;

7) Os profissionais da UBS devem estar atentos a todos os cuidados da anamnese, exame físico geral, exame gineco obstétrico e ao preenchimento da Caderneta da Gestante;

8) A gestante deve ser continuamente orientada quanto ao andamento da sua gravidez;

9) Já na primeira consulta a gestante deve ser preparada para a vinculação a maternidade e ao ambulatório especializado de referência, e receberá informações sobre seus direitos e deveres durante o pré-natal e além da

importância da participação do seu parceiro/futuro pai em todo o processo;

10)A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar a Unidade de Pronto Atendimento Municipal (Sede ou Braço do Rio) quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado.

11)Para vincular a gestante, a UBS enviará ao Agente Vinculador Municipal todas as informações necessárias sobre a gestante, conforme documento constante no Anexo I, assim que a gestante for cadastrada na Unidade;

12)O Agente Vinculador Municipal por sua vez, fará um compilado com as novas gestantes do município e enviará para a Maternidade de Referência o mais breve possível, garantindo que a Maternidade tenha conhecimento da existência das novas gestantes, conforme o Anexo II;

13)Os profissionais da UBS devem realizar atividades Educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o parto, o aleitamento materno além dos cuidados com o bebê;

14)Ainda nas primeiras consultas, de preferência no primeiro trimestre da gestação, a gestante deve assinar o documento que informa sobre o direito a visita à maternidade após a 30ª semana de gestação (Anexo III), sinalizando o seu interesse para que o município se organize e a visita possa ocorrer de forma tranquila;

15)A guia de referência deve ser adequadamente preenchida quando a gestantes atingir a 36ª semana de gestação, pelo médico (a) responsável por todo o pré-natal e/ou conforme avaliação clínica da paciente antes mesmo desta idade gestacional. A referida guia deve ser entregue a gestante juntamente com o cartão da gestante e a descrição do escore de risco,

atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe da UBS e profissionais da maternidade;

16) O Agente Vinculador Municipal deve enviar à Maternidade de Referência semanalmente e ou conforme pactuado o Mapa de vinculação (Anexo IV), onde entram todas as gestantes com idade gestacional acima de 36 semanas. O Mapa deve ser atualizado semanalmente retirando as gestantes que já realizaram o parto e acrescentando as gestantes que atingiram a idade gestacional mínima para sua inclusão no mapa.

➤ Ambulatório Especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar

1) O Município deve estabelecer um agente vinculador municipal para contato entre a unidade básica onde a gestante realiza o pré-natal e a maternidade de referência para a gestação de risco;

2) Caso a gestante não tenha registro, deve registrar o nome da maternidade de referência no Cartão da gestante e encaminhar a unidade básica de origem para que seja realizado o agendamento de visita à maternidade a partir do sexto mês de gestação e ou de 30 semanas de gestação;

3) Uma vez recebida a gestante para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal;

4) O profissional agente vinculador e ou referência responsável pelo ambulatório especializado Municipal, Regional e ou Rede Cuidar deverá manter a equipe informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos

administrados à gestante por meio da contra-referência e ou plano de cuidado;

5) O formulário de encaminhamento da gestante à maternidade de referência de gestação de alto risco, deverá ser adequadamente preenchido após a 36ª semana de gravidez e ou conforme a avaliação clínica da paciente no cartão da gestante e preenchido o mapa de vinculação, atentando para o preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe ESF, os profissionais da unidade especializada e os profissionais da maternidade;

6) O Agente Vinculador Municipal deve enviar à Maternidade de Referência semanalmente e ou conforme pactuado o Mapa de vinculação (Anexo IV), onde entram todas as gestantes com idade gestacional acima de 36 semanas.

7) A gestante, ao ser vinculada a maternidade de referência, deve ser orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado;

8) Entrar em contato prévio pelo telefone à maternidade de referência e envio do mapa de vinculação semanalmente e/ou mensalmente se for o caso.

➤ Hospital Municipal de Conceição da Barra/PA Sede e Pronto Atendimento de Braço do Rio

1) Vigilância e cuidado a todas as gestantes admitidas, segundo os protocolos clínicos implantados na instituição e município;

2) Realizar o acolhimento e classificação de risco de todas as gestantes, em especial as que apresentam sinais e sintomas característicos de possível alteração de seu estado físico/clínico;

- 3) Caso a gestante chegue à Unidade sem informações de vinculação, os profissionais médicos da unidade de Urgência e Emergência devem proceder a estratificação de risco e posterior encaminhamento ao serviço de referência;
- 4) Deve manter comunicação efetiva com o agente vinculador municipal;
- 5) Manter a equipe de origem da gestante informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contra-referência e ou plano de cuidado;
- 6) Em caso de remoção da gestante para as Maternidades de referência é necessário o acompanhamento de um profissional de saúde.

4. RESUMO DO MAPEAMENTO DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL

O próximo quadro sugere a organização do cuidado que deve ser oferecido à gestante durante o pré-natal, de acordo com a estratificação de risco.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Identificação e cadastro	Na UBS	- Situação ideal: imediatamente após a confirmação da gestação. - Situação mínima: no primeiro trimestre de gestação.			
Primeira Consulta	Na UBS para: - Avaliação clínico-obstétrica. - Cálculo inicial da DPP pela DUM. - Estratificação do risco Gestacional. - Avaliação do calendário Vacinal. - Solicitação de exames Complementares. - Cadastramento no Sistema. - Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante. - Vinculação à maternidade. - Agendamento do retorno. - Realizar na primeira consulta os Testes rápidos de HIV e Sífilis. - Solicitar US.	- Situação ideal: 24 horas após o cadastro. - Situação mínima: até uma semana após o cadastro.			
1ª Consulta odontológica programática	Na UBS para: - Avaliação clínica odontológica e plano de tratamento terapêutico	Prazo mínimo: de preferência no início da gestação; Prazo máximo: um mês após a primeira consulta. Acompanhamento, pelo menos, trimestral para gestante de médio e baixo risco; Acompanhamento mensal para gestante de alto risco.			
Segunda consulta	Na UBS, para: - Avaliação clínico-obstétrica - Confirmação da idade gestacional - Análise dos resultados de exames complementares - Estratificação do risco gestacional - Avaliação do calendário vacinal - Definição do Plano de Cuidado - Preenchimento do Cartão da Gestante - Agendamento do retorno	Prazo máximo: um mês após a primeira consulta. Obs.: O retorno ideal com os resultados de exames é 15 dias para avaliação e correta classificação do risco.			
Consultas subsequentes do pré-natal	Na UBS, para: - Avaliação clínico-obstétrica - Confirmação da idade gestacional - Estratificação do risco gestacional - Preenchimento do Cartão da Gestante - Reavaliação do Plano de Cuidado - Revisão da vinculação à maternidade, de acordo com a estratificação de risco. - Agendamento do retorno	Mínimo de uma consulta mensal até 32ª semana, quinzenal até 34ª semana e semanal até o parto (médicas e de enfermagem alternadas).	Mínimo de uma consulta a cada 6 semanas até 32ª semana para monitoramento do Plano de Cuidado e uma consulta quinzenal até 38ª semana e semanal até o parto para monitoramento e avaliação de trabalho de parto (médicas e de enfermagem alternadas)		

	No Ambulatório de Alto Risco, para os mesmos itens descritos acima.	Não é necessário	Mínimo de uma consulta médica a cada mês. Mínimo de uma consulta de enfermagem a cada mês. Mínimo de uma avaliação multiprofissional com nutricionista, psicólogo e assistente social.	
	Nos Serviços Especializados	Não é necessário	Não é necessário	De acordo com a avaliação clínica
Exames laboratoriais	1º trimestre: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto; Teste rápido para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha); Glicemia jejum; Urina-rotina; Urocultura c/ antibiograma; Teste rápido para HIV (1ª escolha) ou Anti-HIV (2ª escolha); Toxoplasmose IgM e IgG; Hepatite B (HBsAg); Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina e Proteinúria (de fita). Segundo protocolo.	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal na primeira consulta do pré-natal, de acordo com o protocolo. Coombs indireto: realizar para todas as gestantes Rh -; repetir exames mensalmente; Proteinúria (de fita): para as gestantes com alteração de níveis pressóricos; caso positivo, realizar proteinúria 24h.		
	2º trimestre: Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível; Glicemia jejum; Teste de tolerância à glicose (1h e 2h após 75g de dextrosol); Teste rápido para sífilis ou VDRL.	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal		
	3º trimestre: Hemograma; Teste rápido para sífilis ou VDRL; Teste rápido para HIV ou Anti-HIV; Urina-rotina; Toxoplasmose IgM e IgG, se susceptível. Pesquisa Streptococcus B, segundo o protocolo.	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal		
	Exames adicionais preconizados para as gestantes de alto risco conforme o disposto na Portaria nº650/2011.	De acordo com a avaliação clínica e os protocolos existentes.		
<p>ATENÇÃO: Para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados: Um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou FTA- Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA) e MAIS um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST). A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde. Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.</p> <p>A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, e as recomendações para a sua utilização constam no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) produzido pelo Ministério da Saúde e publicado em 2016.</p> <p>Observação: as gestantes devem ser seguidas em intervalos mais curtos, mensalmente, para serem avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.</p>				
	Ultrassom obstétrico	Solicitados pela equipe da UBS ou pelo Centro de Referência Municipal: - Situação ideal: US entre 11 e 13 semanas para datação e entre 18 e 22 semanas de gestação para avaliação de morfologia fetal. - Situação mínima: US entre 18 e 22 semanas para datação e avaliação de morfologia fetal.		

Outros exames	Ultrassom obstétrico com doppler	De acordo com a avaliação clínica
	Cardiotocografiante parto	De acordo com a avaliação clínica
	ECG	De acordo com a avaliação clínica
	Ecocardiogramas materno e fetal	De acordo com a avaliação clínica
Medicamentos profiláticos	Ácido fólico Sulfato ferroso	<p>Ácido fólico - início pré-concepcional até a 14ª semana de gravidez para redução de risco de defeito de tubo neural fetal.</p> <p>Ácido fólico para prevenção de anemia materna até o final da gestação.</p> <p>Sulfato ferroso profilático: a partir do 5º mês até o final da gestação.</p> <p>Sulfato ferroso terapêutico nos casos de anemia materna em qualquer época da gestação</p>
Imunização	<p>Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto</p> <p>dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche</p>	<p>Gestantes NÃO vacinadas previamente: administrar duas doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico e uma dose contendo os componentes difteria, tétano e coqueluche com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias - administrar duas doses de dT e uma de dTpa (preferencialmente entre 27ª e 36ª semanas de gestação);</p> <p>Gestantes vacinadas com uma dose de dT: administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (entre 27ª e 36ª semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;</p> <p>Gestantes vacinadas com duas doses de dT: administrar uma dose da dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</p> <p>Gestantes vacinadas com três doses de dT: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</p> <p>Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</p> <p>Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos e menos de 10 anos: administrar uma dose de dTpa na 27ª a 36ª semanas de gestação;</p> <p>Gestantes vacinadas com pelo menos uma dose de dTpa na rede privada: se aplicou dTpa em gestação anterior, aplicar dTpa na gestação atual na 27ª a 36ª semanas de gestação e seguir orientações acima citadas. Se aplicou dTpa na gestação atual, seguir orientações acima citadas.</p> <p>Atenção: em áreas de difícil acesso a vacina dTpa poderá ser administrada a partir da 20ª semana de gestação. Gestantes que não foram vacinadas com a dTpa durante a gestação, aplicar uma dose de dTpa no puerpério o mais precoce possível.</p>
Visita à maternidade de referência	Hepatite B	<p>Gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional: sem comprovação vacinal administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B.</p> <p>Em caso de esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada.</p> <p>Em situações de atraso vacinal, considerar intervalo mínimo de 60 dias entre a segunda e a terceira dose.</p>
	Influenza	A vacina influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe.
Atividade educativa	Realizar grupos operativos de gestantes: tabagismo, alcoolismo e outras drogas, gravidez na adolescência; cuidados da gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com recém-nascido; aleitamento materno.	No mínimo três grupos operativos por gestante.
Visita domiciliar	Equipe da UBS e ACS	Mensal ou de acordo com o Plano de Cuidados, que deve ser monitorado.

5. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Agente comunitário de saúde:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Auxiliar ou Técnico de Enfermagem:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Informar o (a) enfermeiro (a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante

- apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
 - Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
 - Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Enfermeiro(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no sistema e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero, quando necessário;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Médico(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no sistema e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Cirurgião(ã)-dentista:

- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco, médio e alto risco;
- Solicitar exames complementares e orientar e realizar o Tratamento Odontológico, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;

- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Orientar a gestante quanto a importância da redução de ingestão de alimentos açucarados na dieta;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez, sendo o período mais apropriado para isso, o segundo trimestre da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas em qualquer período gestacional, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez como sangramento gengival e/ou inflamação gengival;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Solicitar a busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação no desenvolvimento da musculatura e no crescimento ósseo para a dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal para toda a família.

Consulta de enfermagem/enfermeira (o) na atenção à gestante

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela **Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87**.

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas

queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo.

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio.

Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência.

Prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez – período quando ocorrem mudanças físicas e emocionais, época que cada gestante vivencia de forma diferente: é uma das atribuições da enfermagem nas equipes de AB. Outras atribuições são também a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

As atividades da (o) parteira (o) são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

TERMO DE CONHECIMENTO E ADESÃO

A Lei Federal nº 11.340/2007, garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto. Já a Lei nº 11.108/2005 e a Portaria nº 2.418/2005 obrigam os serviços de saúde a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acompanhante este indicado pela parturiente.

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

A ideia é familiarizar às gestantes ao ambiente hospitalar da Maternidade, antes que o parto aconteça, por meio de visitas pré-agendadas antes do nascimento do bebê, mais precisamente por volta da 30ª semana de gestação.

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

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

.....

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

Local: _____ Data: __/__/____ Telefone: _____

Nome do Acompanhante: _____

Assinatura da Gestante: _____



FERRAMENTAS DA APS									
MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE					MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DA BARRA/ES				
UBS:			SETOR:			ÁREA:			
RESPONSÁVEL: ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO PRÉ-NATAL:									
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PRÉ-NATAL:									
NOME DA GESTANTE	IDADE	IDADE GESTACIONAL	DATA DE ENTRADA PRÉ-NATAL	DATA CONSULTA PRÉ-NATAL	ATIVIDADE EDUCATIVA	VISITA A MATERNIDADE DE REFERENCIA	DATA PROVÁVEL DO PARTO	DATA DA COMUNICAÇÃO A MATERNIDADE DE REFERENCIA	OBSERVAÇÃO (Qual Risco e Motivo)
INICIANTES									
30 SEMANAS E 38 SEMANAS									

6. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (A&CR)EM OBSTETRÍCIA

Segundo o Glossário da Política Nacional de Humanização, acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (ACOLHIMENTO, 2014).

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante.

Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais;

não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e de produção de vínculo.

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. 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.

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para

outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos.

O A&CR leva à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente.

A implantação do A&CR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;
- Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetriz em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

7. ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE A&CR

A implementação do A&CR em obstetrícia deve seguir alguns cuidados comuns a todos os processos de incorporação de protocolos, principalmente no sentido de nortear um “padrão de conduta”, mas, por outro lado, sem causar enrijecimento da atividade dos trabalhadores envolvidos nas equipes multiprofissionais.

Assim é necessário salientar alguns atributos e atribuições necessários a uma nova dinâmica do processo de trabalho, ressaltando sua discussão no contexto local.

Entre os atributos ou movimentos desejados para as mudanças se efetuarem, destacam-se:

- Capacidade de comunicação e interação com equipe multidisciplinar, usuários e outros;
- Resolutividade de problemas e conflitos;
- Agilidade, observação e julgamento crítico;
- Qualificação através de treinamentos para a atividade proposta;
- Experiência no atendimento em urgências obstétricas.

7.1 Atribuições dos profissionais envolvidos no A&CR em obstetrícia

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

Profissionais da Recepção:

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;

- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados, para fins estatísticos;
- Encaminhar a paciente para a Classificação de Risco;
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Estar integrado com a equipe buscando melhor resolutividade.

Enfermeiro do A&CR:

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada;
- Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante caso seja desejo da usuária;
- Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
- Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher;
- Registrar classificação no formulário de controle do A&CR;
- Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Reclassificar as usuárias sempre que forem identificadas alterações

pela equipe;

Médicos:

- Atender as usuárias que a eles competem de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação, encaminhamento para Maternidade vinculada ou alta da paciente;
- Preencher as fichas das mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico;
- Ter boa interlocução com profissionais das Maternidades de referência;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Serviço Social:

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
- Realizar atendimento às vítimas de violência física e sexual conforme protocolo existente.

Serviço de transporte:

- Ajudar na recepção de mulheres impossibilitadas de deambular;
- Transportar a paciente de forma segura e cordial;
- Garantir a privacidade e respeitar o pudor da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional;
- Atender às solicitações de prioridade no setor.

Coordenação de Enfermagem:

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
- Apoiar a equipe do A&CR sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

8. PROTOCOLO DE A&CR EM OBSTETRÍCIA

O A&CR 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.

O protocolo de CR é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Consiste numa análise sucinta e sistematizada, que permite identificar situações que ameaçam a vida a partir das seguintes chaves de decisão:

Os Protocolos de CR utilizam algumas categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes.

Chaves de decisão dos fluxogramas:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental.
2. Avaliação da respiração e ventilação.
3. Avaliação da circulação.
4. Avaliação da dor (escalas).
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos).
6. Fatores de risco (agravantes presentes).

1. **Avaliação sumária do nível de consciência:** Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

2. **Análise Primária:** o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:
- **Vias Aéreas:** incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
 - **Respiração:** a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apnéia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Pode haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.
 - **Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
 - **Hemorragia:** na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
 - ✓ A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
 - ✓ Sangramento intenso: perda brusca \geq 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
 - ✓ Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
 - ✓ Sangramento leve: \geq 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	≥ 140 ou ≤59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥110 mmHg	≥ 140 ou ≤50 Em paciente assintomática
≥140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais).





Tabela 2 – Parâmetros de Avaliação da Glicemia

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012.

8.1 Avaliação da dor: (EVA)

Figura 1 – A Escala Visual Analógica – EVA – consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher

 Azul	 Verde	 Amarelo	 Laranja							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa			

Fonte: Autoria do grupo de trabalho GT – A&CR.

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima** suportável pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar?

Observação:

- a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
- b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **4 a 6**;
- c) Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**

Fluxogramas de CR:

1. Desmaio / mal estar geral;
2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;
4. Falta de ar;
5. Febre / sinais de infecção;
6. Náuseas e vômitos;
7. Perda de líquido vaginal / secreções;
8. Perda de sangue via vaginal;
9. Queixas urinárias;
10. Parada / redução de movimentos fetais;
11. Relato de convulsão;
12. Outras queixas / situações

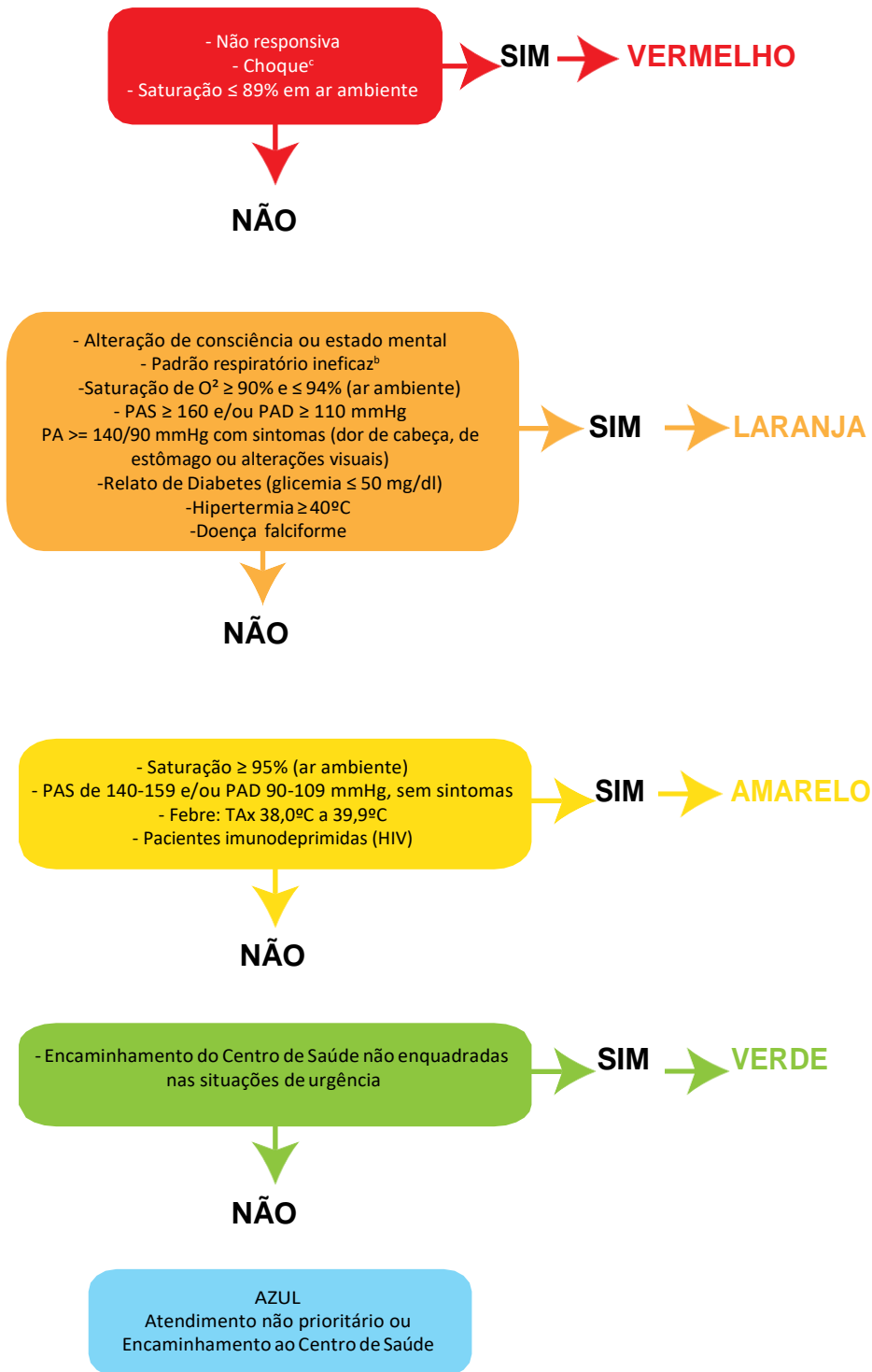
Os fluxogramas apresentados a seguir foram elaborados a partir evidências clínicas que objetivam avaliar a gravidade ou potencial de agravamento da situação bem como a necessidade de uma intervenção imediata.

Processo de identificação da prioridade clínica:

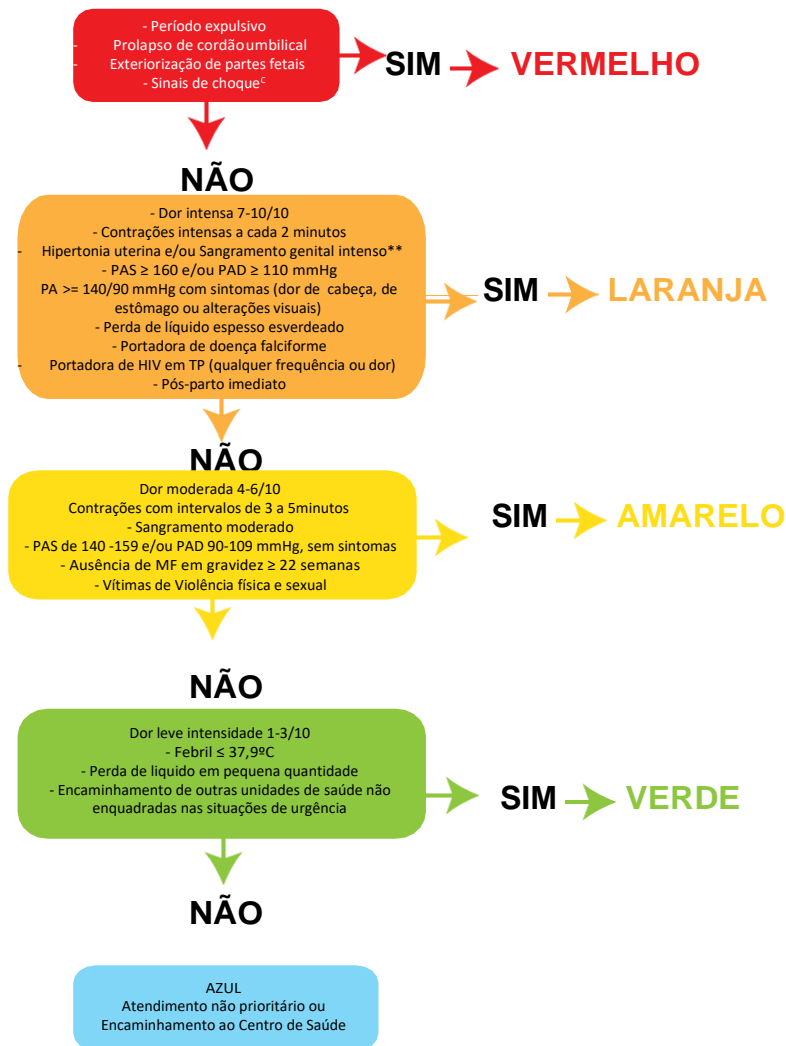
A partir dos fluxogramas:

1. Avaliar nível de consciência/estado mental
2. Avaliar a ventilação e circulação/dados vitais
3. Avaliar a dor
4. Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação
5. Considerar os fatores de risco

1. DESMAIO/MAL ESTAR GERAL

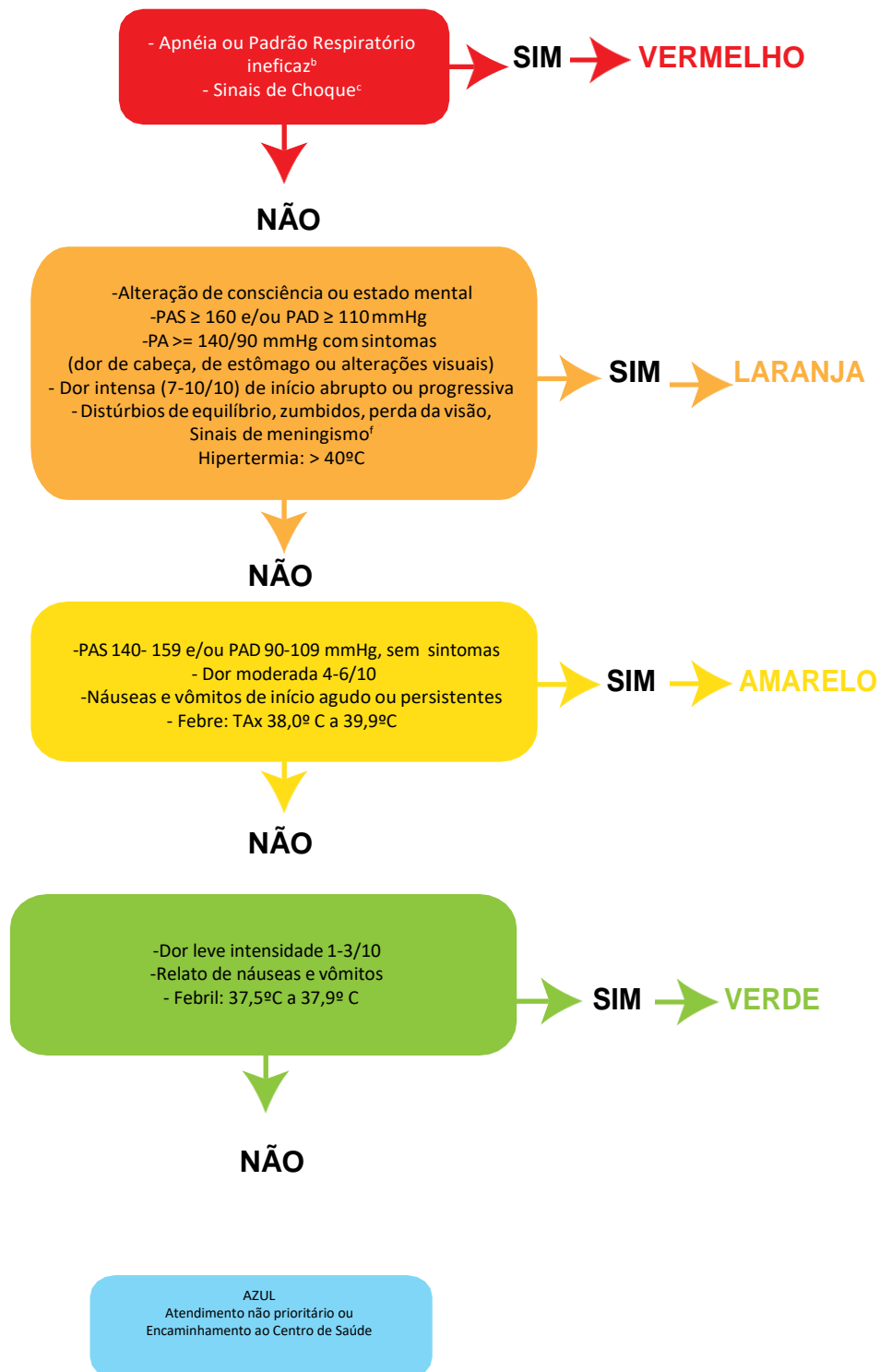


2. DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

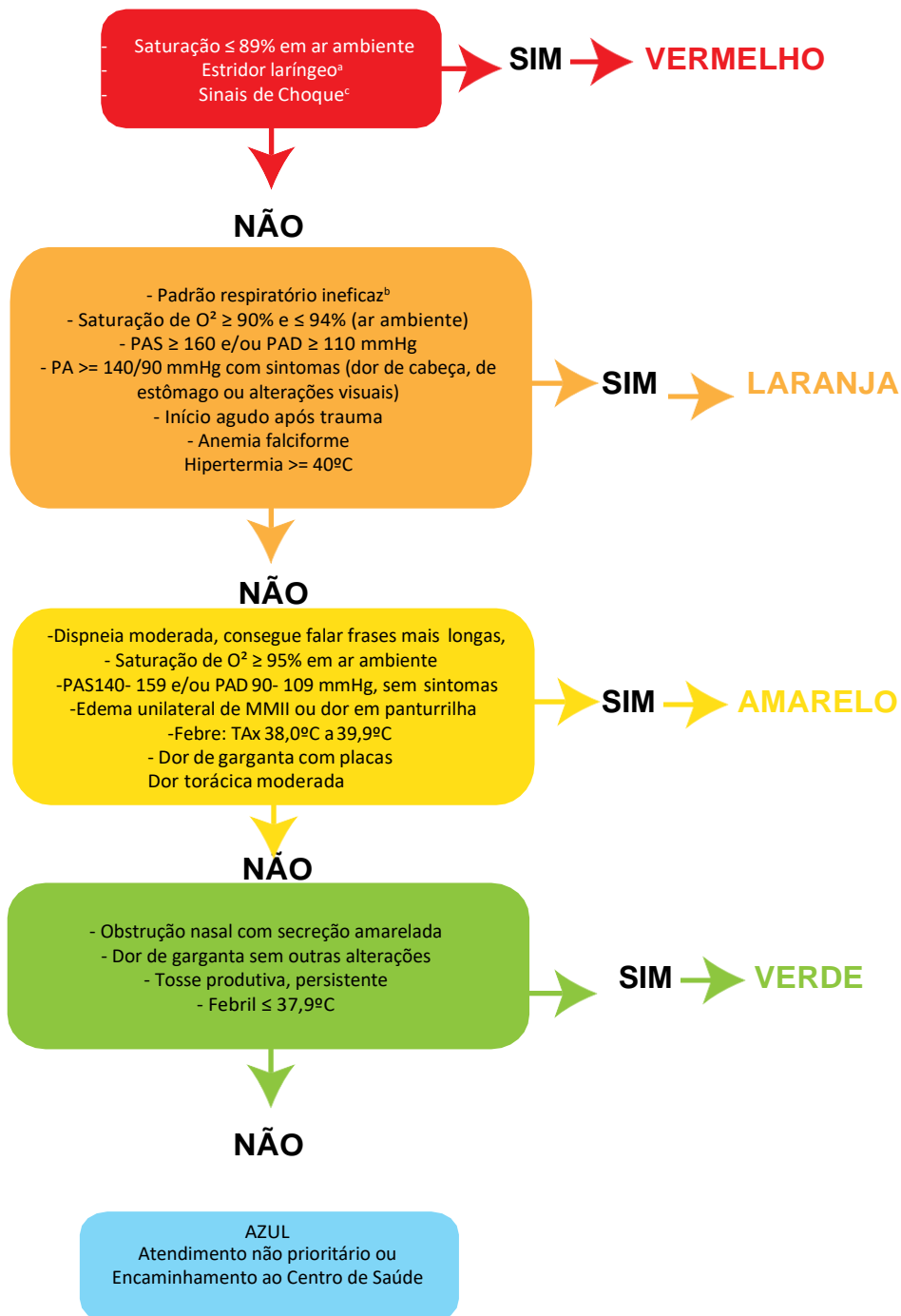


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos a 80 (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	≤9 0	Normal

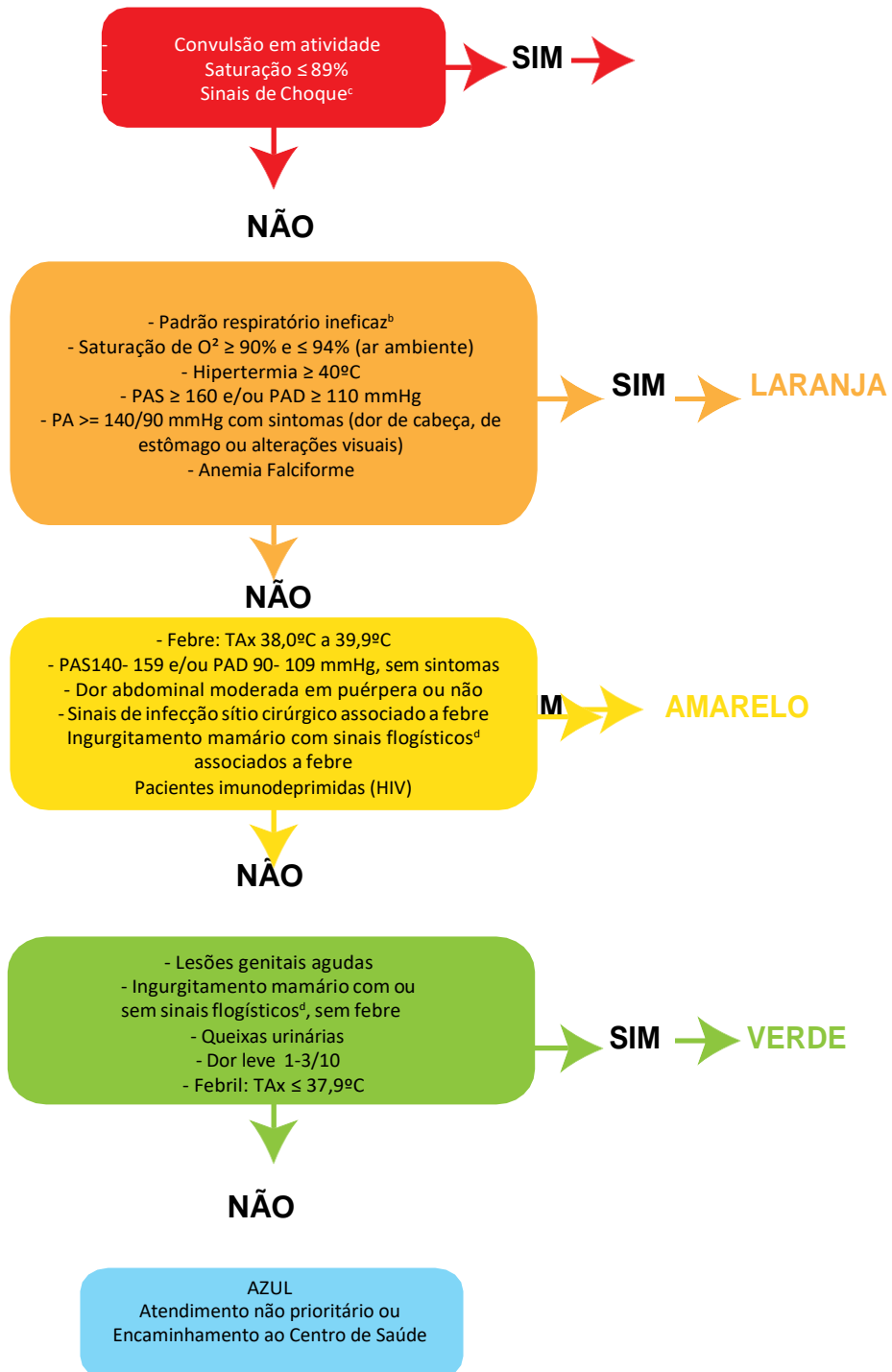
3. DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM



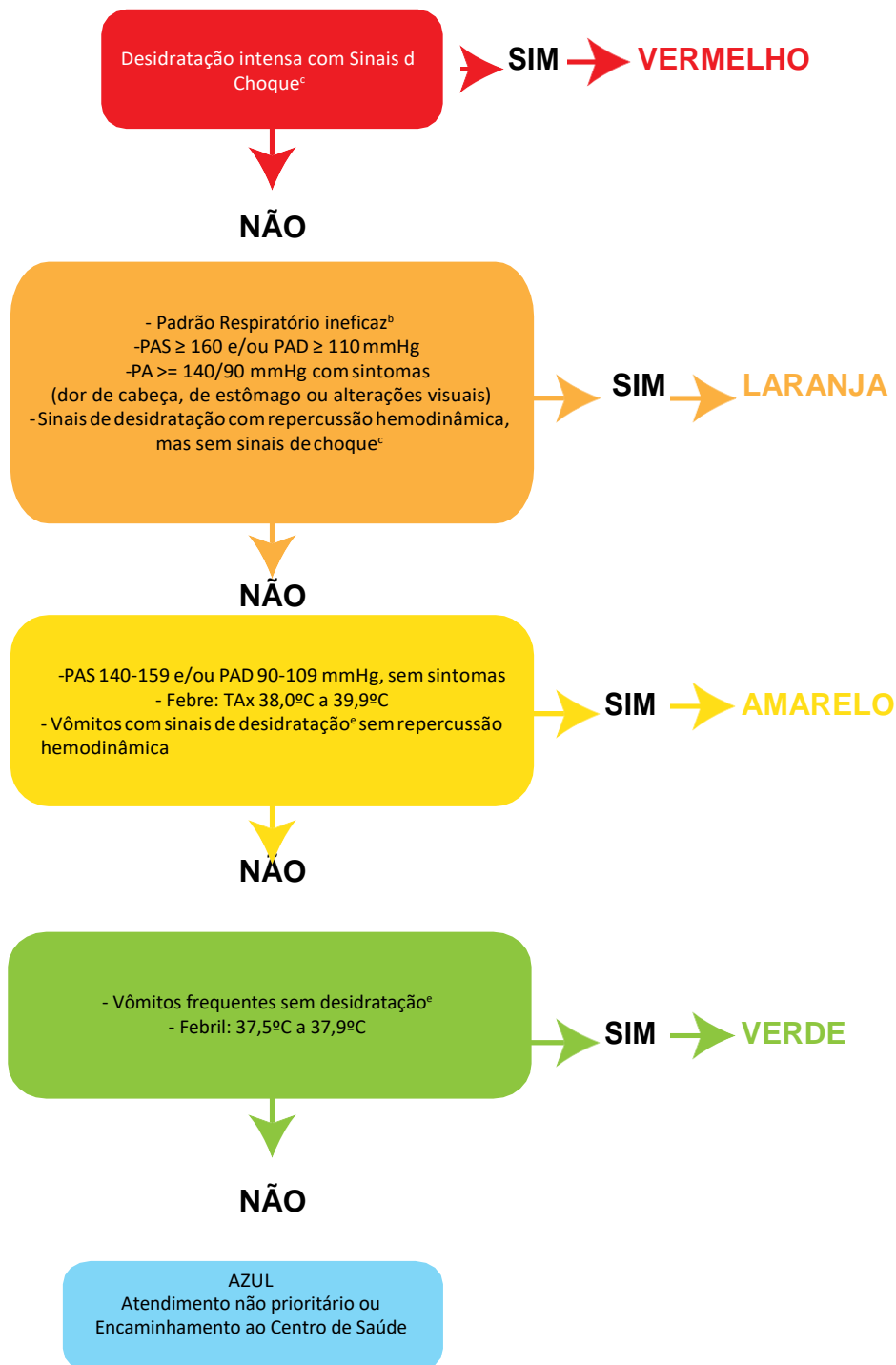
4. FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



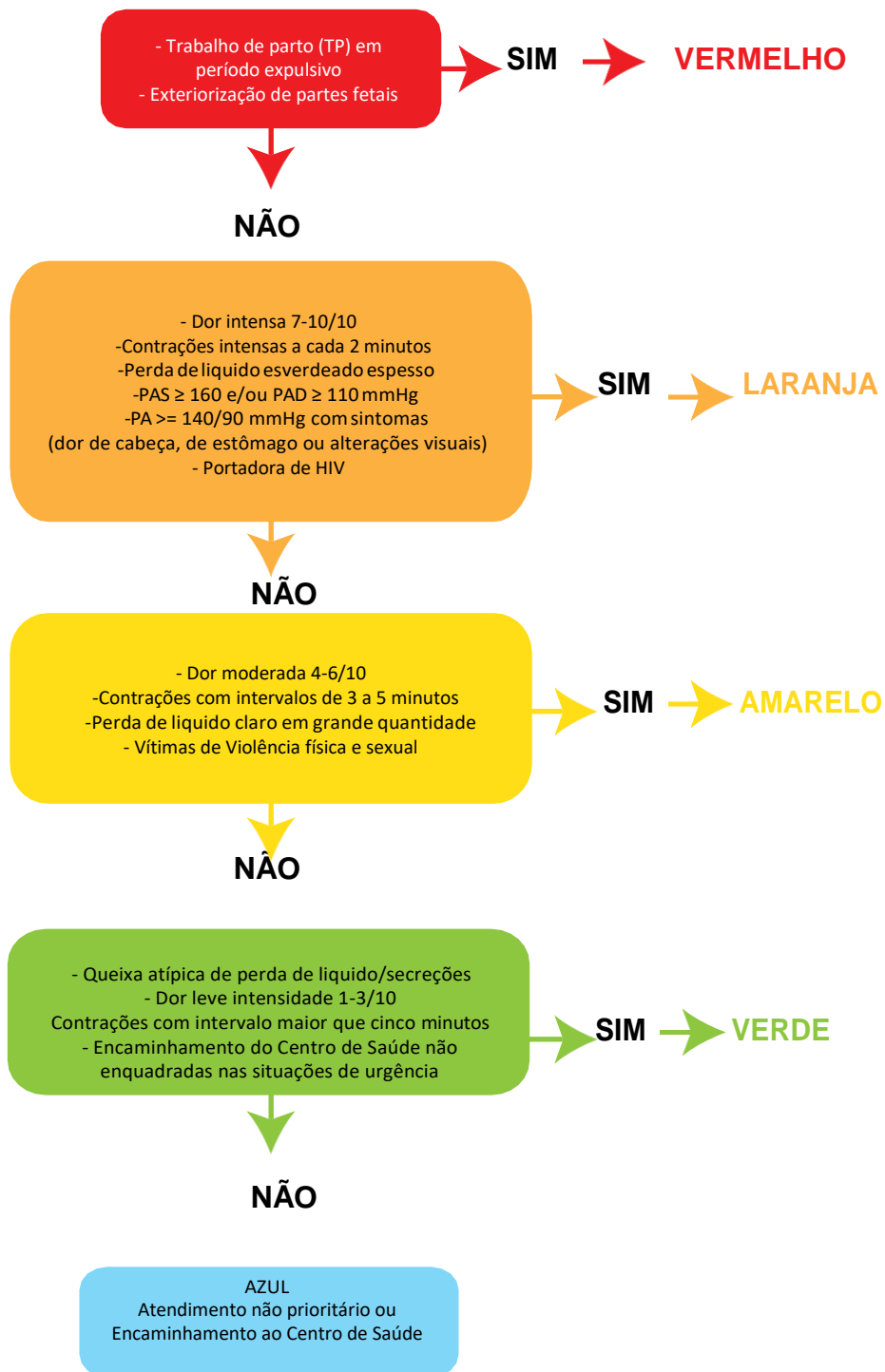
5. FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO



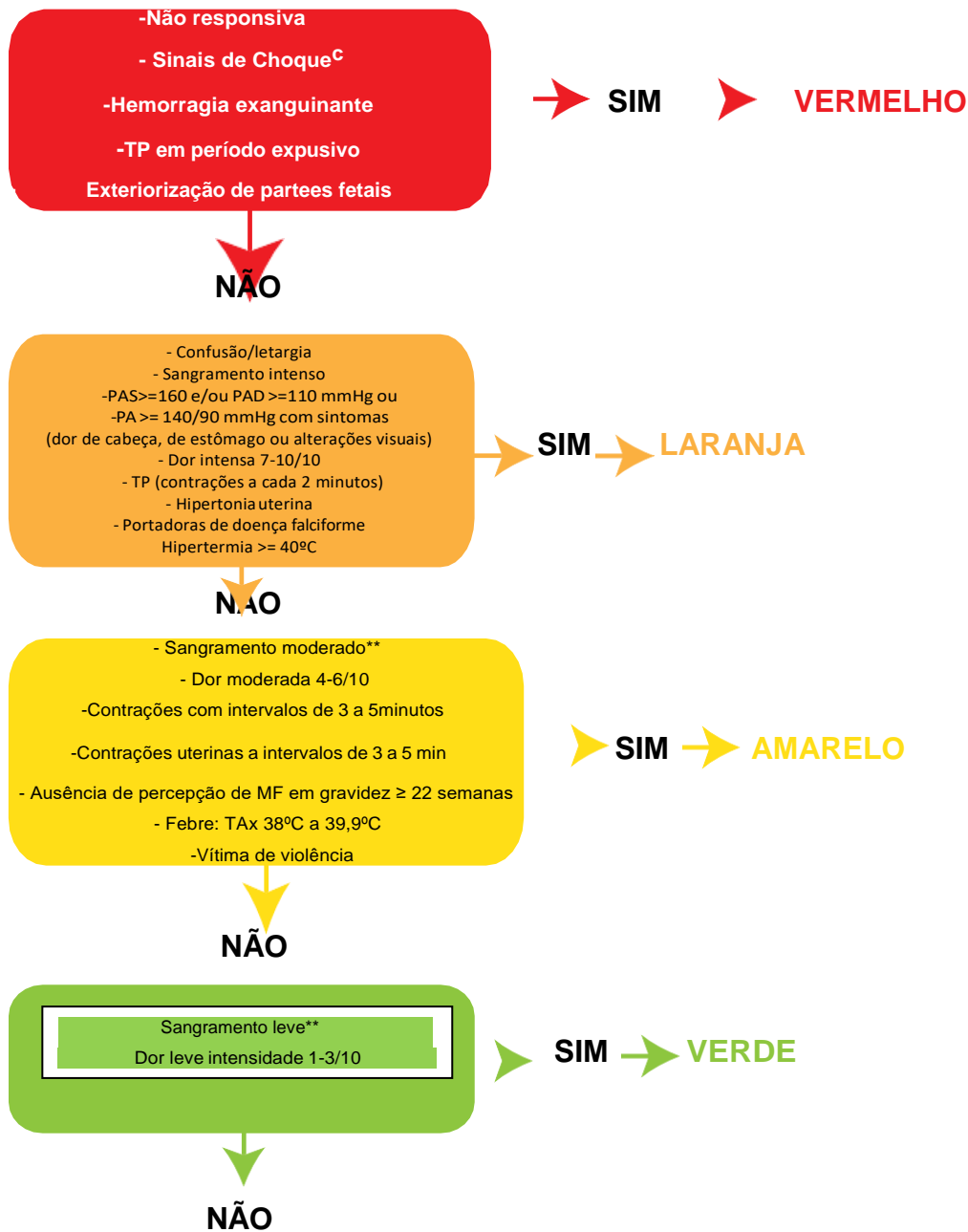
6. NÁUSEAS E VÔMITOS



7. PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES

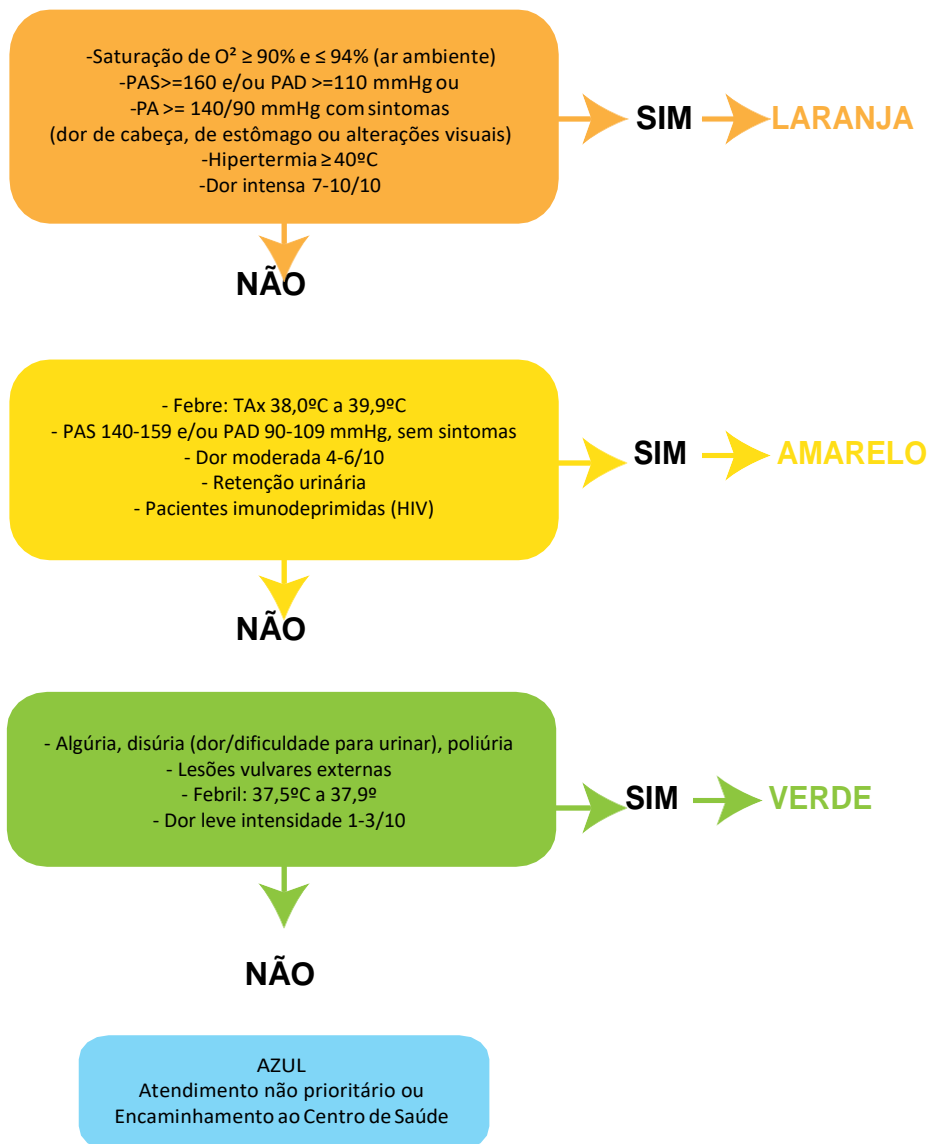


8. PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

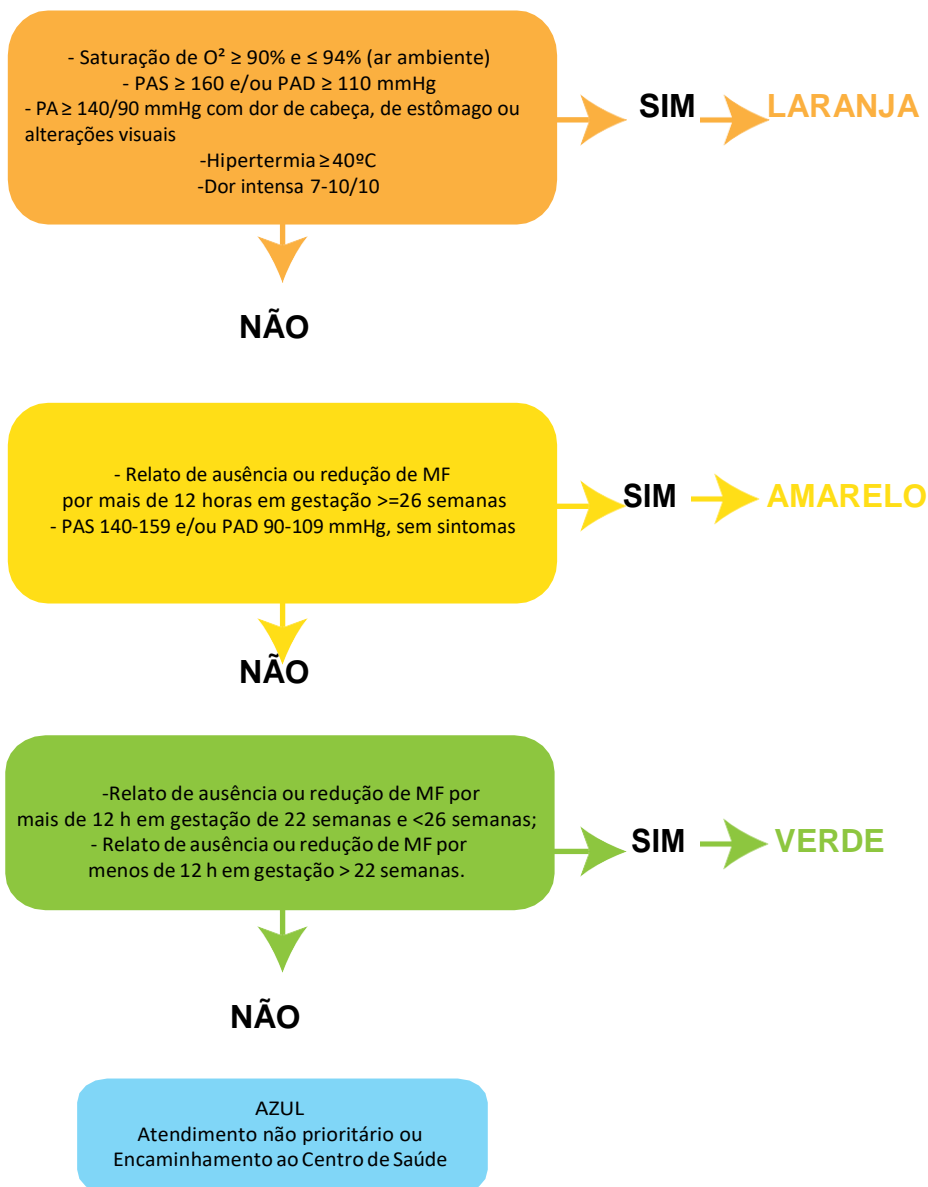


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguiante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80

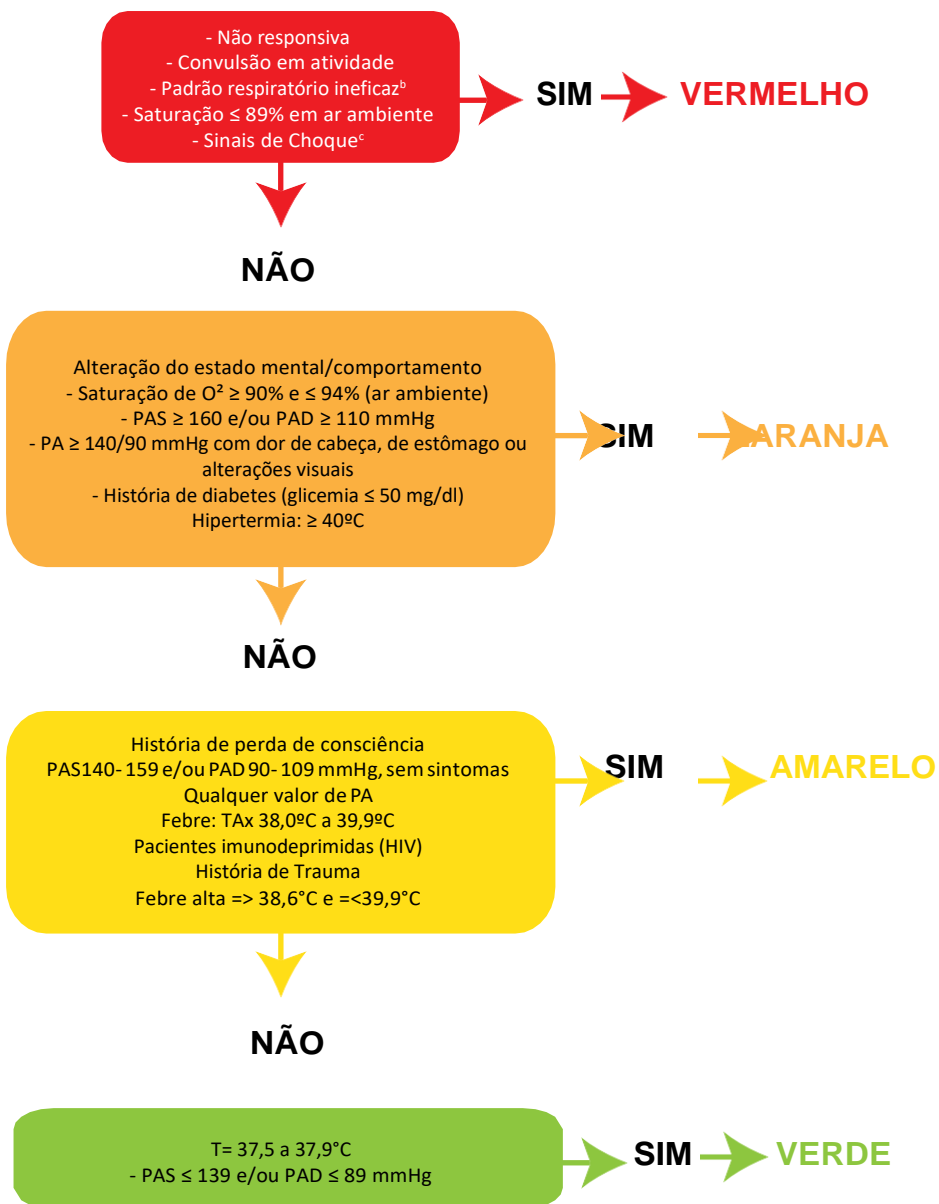
9. QUEIXAS URINÁRIAS



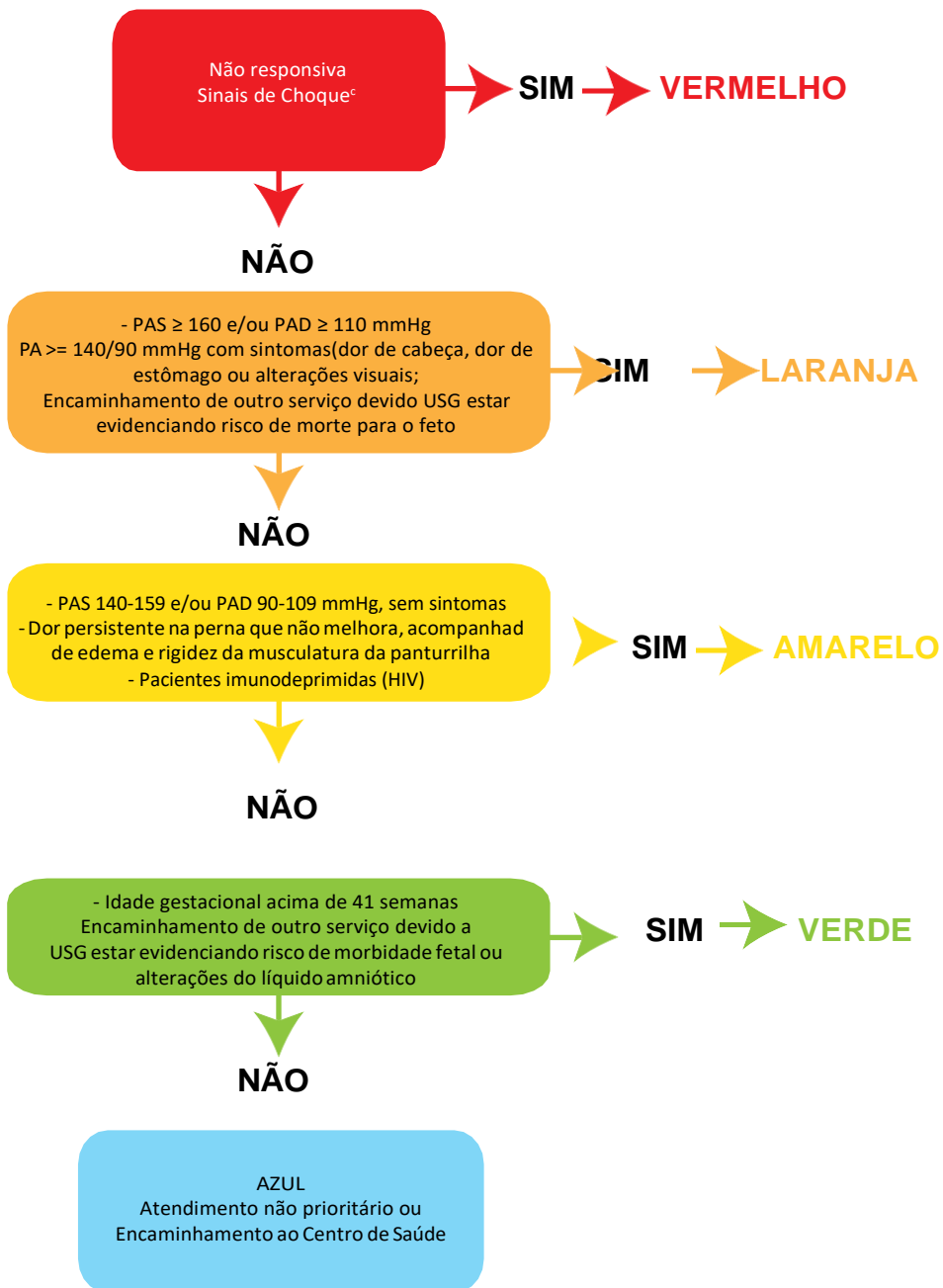
10. PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



11.RELATO DE CONVULSÃO



12. OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



Descritores:

- a) **Estridor laríngeo:** som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea
- b) **Padrão respiratório ineficaz:** gasping, dispnéia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose.
- c) **Sinais de choque:** Hipotensão (PA sistólica \leq 80mmHg) Taquicardia (FC \geq 140bpm) ou Bradicardia (FC \leq 40bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.
- d) **Sinais flogísticos:** Dor, calor, rubor e edema.
- e) **Sinais de desidratação:** hipotensão, taquicardia, turgor da pele deficiente, preenchimento capilar lento, choque.
- f) **Sinais de meningismo:** rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça.

8.2 Fluxos de atendimento após classificação de risco

Pacientes classificadas como vermelhas (atendimento imediato)

- O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato, sendo transferida o mais rápido possível.

Classificação Laranja (atendimento em até 15 minutos)

- O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico, atentando para prioridade do atendimento, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.

Classificação Amarela (atendimento em até 30 minutos)

- O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico, atentando para prioridade do atendimento.

Classificação Verde (atendimento em até 120 minutos)

- Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.

Classificação Azul (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação)

- Os encaminhamentos para as Unidades de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe.
- Caso a usuária se recusar a procurar o serviço de referência deverá ser garantido o atendimento.

8.3. Indicador para o monitoramento e avaliação do A&CR

Objetivos:

- Subsidiar o processo de avaliação do acesso ao setor de urgência;
- Prever, pactuar e monitorar os fluxos de encaminhamentos dos pacientes;

Indicador proposto:

Percentual de classificações segundo prioridade clínica (cor)

Indicador	Percentual de classificações segundo prioridade clínica (cor)
Periodicidade	Mensal
Meta	Mapear a compatibilidade do tipo de demanda porta com o perfil do serviço de urgência e emergência.
Fórmula de Cálculo	<p>Numerador: somatório de todas as usuárias classificadas segundo determinada prioridade clínica (cor)</p> <p>Denominador: número total de usuárias classificadas, no mesmo período X 100</p>

Fonte: A&CR.

Esse indicador, aliado ao monitoramento dos fluxos de atendimento pactuados nas instituições, é importante instrumento de avaliação para tomada de decisão e elaboração de planos de melhoria, caso se fizerem necessários. Cabe ressaltar que este monitoramento deverá ser mensal e que seu produto e os relatórios gerados deverão ser discutidos com a equipe gestora e trabalhadores, visando ao compartilhamento das fragilidades e elaboração de estratégias de enfrentamento e responsabilização.

Ficha de Atendimento Acolhimento & Classificação de Risco em Obstetrícia

Classificação:

 VERMELHO

 LARANJA

 AMARELO

 VERDE

 AZUL

NOME: _____

IDADE: _____

DATA: __/__/__

HORÁRIO DE CHEGADA: ____:____ HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: ____h ____min

É GESTANTE? () SIM () NÃO () INCERTEZA

DUM: __/____/____ IG: ____

6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G ____ P ____ A ____

7. QUEIXA:

8. FLUXOGRAMA:

9. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO:

PA= ____x ____mmHg

FC= ____bpm

FR= ____ipm

Temp.= ____°C

SatO₂ ____

Glicemia: ____mg/dl.

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

DOR: ____/10

Localização _____

PERDA DE LÍQUIDO: () Não () Sim

Aspecto: () Claro () Meconial fluido () Meconial espesso SANGRAMENTO VAGINAL: () ausente () presente sem repercussão

hemodinâmica

() presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/-): ____se ausente

Outras queixas:

10. MEDICAMENTOS EM USO:

11. Observações: () Alergias

() Drogas

() Vítima de violência

Horário de término da classificação: ____h ____min Horário do atendimento clínico: ____h ____min

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Carimbo e assinatura

9. ATENDIMENTO A CRIANÇA NOS VÁRIOS NÍVEIS ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS

Preconiza-se a realização do pré-natal adequado em concordância com as diretrizes de acompanhamento da gestante com identificação de risco e vinculação com a maternidade de referência de acordo com o risco da mãe e do bebê.

Ainda na maternidade, deve haver uma visão integral do binômio mãe-filho contemplando acolhimento, postura ética, escuta atenta, observação criteriosa e estabelecimento do vínculo afetivo para superar as possíveis barreiras da desarticulação existente entre os diversos níveis de atenção em saúde. O primeiro atendimento ao RN na sala de parto deve ser realizado por um profissional capacitado em Reanimação Neonatal, realização da triagem neonatal (testes do coraçãozinho, olhinho e da orelhinha), vacinação e preenchimento da Caderneta da Criança – obrigatório.

Na alta da maternidade, toda criança deve ser vinculada à UBS do seu território (ação realizada pelo agente vinculador), de acordo com sua estratificação de risco – ver tabela abaixo, sempre com a Caderneta da Criança preenchida, devendo ser visitada pelo agente comunitário de saúde nas primeiras 24 horas após a alta e encaminhada para realização das ações do 5º dia de vida.

O período especial e de grande vulnerabilidade correspondente ao período neonatal precoce (5º dia de vida) onde a atenção a saúde da criança voltada para identificação e enfrentamento dos principais problemas e condutas preventivas é uma estratégia de fortalecimento da atenção primária. Até o 5º dia de vida, as equipes de atenção primária avaliam as condições da criança e da mãe, realizam as ações do 5º dia (incentivo ao aleitamento materno, vacinação, realização do teste do pezinho, orientação para o teste da orelhinha, caso não tenha sido realizado na maternidade, apoio as dificuldades apresentadas pela mãe, orientações sobre o planejamento familiar, agendamento de consultas de acompanhamento para criança e identificação da criança com risco adquirido/associado para vigilância à saúde).

Ponto de atenção e prevalência estimada de acordo com a estratificação de risco da criança menor que 3 anos:

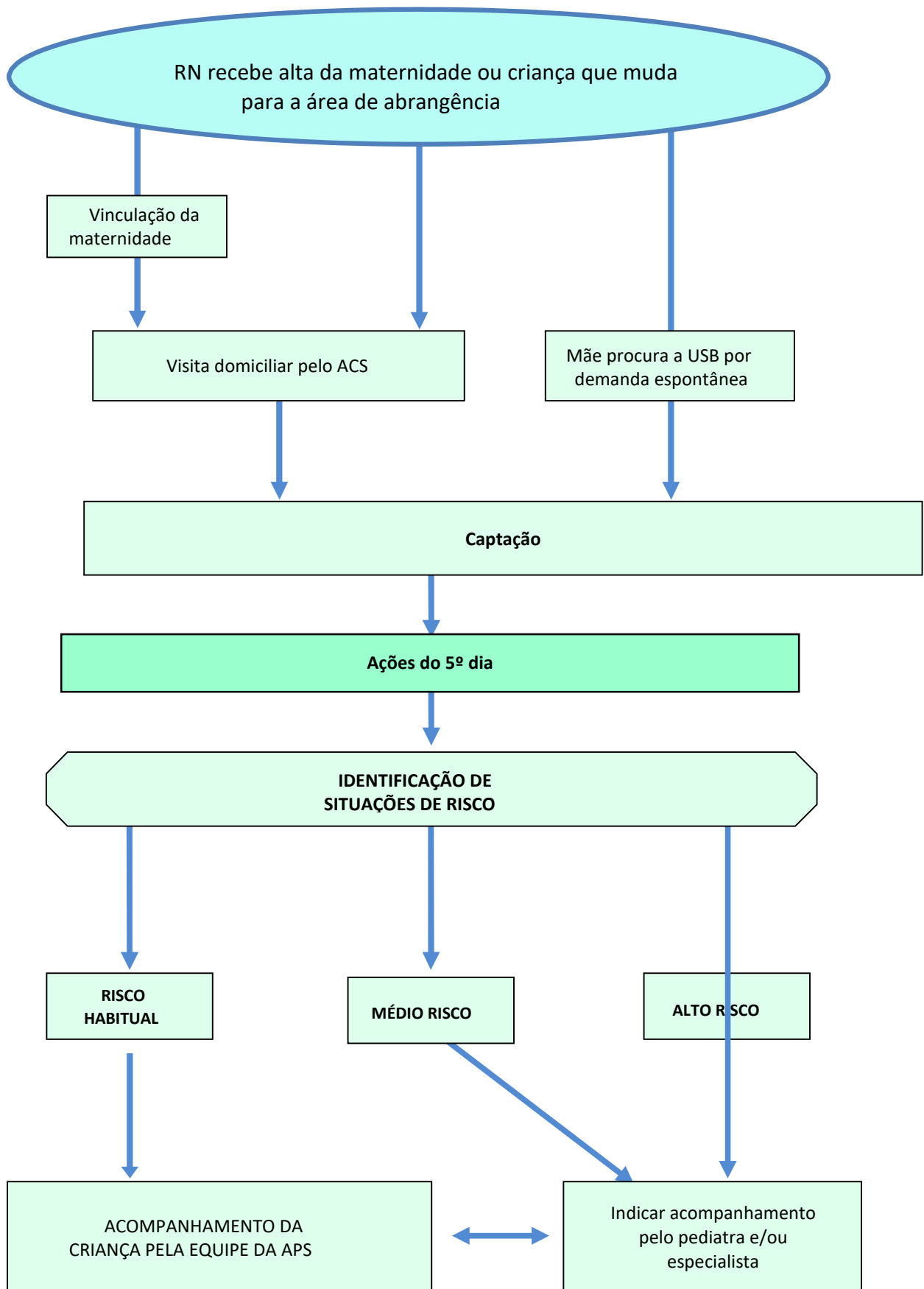
RISCO	PONTO DA REDE	PREVALÊNCIA ESTIMADA
HABITUAL (BAIXO)	UBS	75%
MÉDIO OU MODERADO	UBS c/ maior concentração de cuidado profissional Eventualmente interconsulta no NASF (centro de referência /serviço e atenção secundária)	
ALTO	UBS + NASF + Referência Estadual	25%

A organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias – e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido.

Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança. A Caderneta da Criança é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “cartão de identidade” da criança. Nele são registrados os eventos importantes para a sua saúde: condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas.

A principal meta é não perder oportunidade de atuação, de prevenção de promoção de assistência adquirindo vínculos e responsabilidades no cuidar.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO:



Crêterios para Estratifica o de Risco da Criança

- As condi es de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade até durante o 2  ano (2 anos, 11 meses e 29 dias) de vida.
- Os riscos identificados de cada criança podem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos recém-nascidos.

A ESTRATIFICA O DE RISCO PARA A CRIANÇA MENOR QUE 3 ANOS

NÍVEL	FATORES
RISCO HABITUAL	<ul style="list-style-type: none"> � Risco inerente ao ciclo de vida da criança
MÉDIO RISCO	<ul style="list-style-type: none"> � Baixo peso 2.000 a 2.500g � Prematuridade tardia: 35-36 semanas � Criança sem realiza�o de triagem neonatal � Desmame antes do 6� m�s de vida � Desnutri�o ou curva ponderoestatural estacion�ria ou em decl�nio e/ou car�ncias nutricionais � Sobrepeso � Criança n�o vacinada ou com esquema vacinal atrasado � Cárie precoce <p>Fatores sócio familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> � Mãe adolescente (menor que 18 anos) � Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo � Mãe sem suporte familiar � Chefe da família sem fonte de renda � Mãe com menos de 4 consultas pré-natal � Mãe com antecedente de um filho nascido morto � Mãe com história de exantema durante a gesta�o � óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis � Gravidez e ou Criança manifestada indesejada � Depressão pós-parto � Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica � Pais com dependência de álcool e outras drogas � Mãe ausente por doença, abandono ou óbito � Indícios de violência doméstica � Cuidador não habilitado
ALTO RISCO	<p>Afe�es perinatais e malforma�es cong�nitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> � Baixo peso <2.000g � Prematuridade �34 semanas � Asfixia perinatal e/ou apgar �6 no 5� minuto � Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfus�o � Infec�es cr�nicas do grupo STORCHS + HIV + Zika confirmadas ou em investiga�o � Doença genética, malforma�es cong�nitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica � Intern�o ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal � Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária � Sinais de violência � Desnutri�o grave � Obesidade � Intercorrências repetidas com repercussão clínica

Critérios para gestão de caso:

- ≠ Peso ao nascer $\leq 1.500g$ ou IG ≤ 32 semanas
- ≠ Malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica
- ≠ 2 ou mais internações

9.1 Planejamento do Cronograma de Consultas no Primeiro Ano de Vida

O planejamento do cronograma de consultas deve ter como base aspectos importantes a serem observados na criança e a vulnerabilidade que ela apresenta.

Para a determinação da frequência e apuramento das consultas é importante definir quais os riscos que se pretende avaliar, identificando o melhor momento para essa avaliação, tais como:

- Risco de agravos existentes desde o nascimento: 1º e 2º mês;
- Risco de agravos nutricionais (avaliar risco de desmame): 1º, 2º, 4º, 6º e 9º mês;
- Risco de comprometimento do desenvolvimento: 2º, 4º e 9º mês;
- Risco de infecções – verificação periódica do cartão de vacinação: 1º, 2º, 4º, 6º e 12º mês.

CRONOGRAMA DAS CONSULTAS - MÉDICAS E DE ENFERMAGEM - PARA CRIANÇAS DE RISCO HABITUAL		
IDADE	CONSULTAS	
	MÉDICAS	ENFERMAGEM
Até 5º dia de vida	X	X (visita domiciliar nas primeiras 24h)
01 mês	X	
02 meses	X	
03 meses	-	X
04 meses	X	
05 meses	-	X
06 meses	X	
07 meses	-	X
09 meses	X	
12 meses	X	
Total	7	4

Cuidados Básicos para o Acompanhamento da Criança

Captação:

- Avaliação da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) enviada a UBS.
- Visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta.
- Verificação das condições gerais da criança e da mãe.
- Estimulação para o aleitamento materno.
- Avaliação e orientações sobre higiene.
- Encaminhamento para as Ações do quinto dia.

Ações do quinto dia:

- Preencher a Caderneta da Criança.
- Verificação do estado geral da criança e da presença de sinais de perigo.
- Coleta de material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho) – do terceiro ao quinto dia.
- Verificar a aplicação da dose de vacina BCG e contra Hepatite B – no primeiro dia de vida.
- Orientação sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene.
- Verificação da icterícia.
- Agendamento da primeira consulta.
- Agendamento da consulta do pós-parto para a mãe.

Imunização:

- Identificar as crianças com vacina em atraso.
- Conferir a Caderneta da Criança mensalmente.
- Avaliar a criança, verificando possíveis contra-indicações ou situações especiais.
- Informar à mãe ou responsável quais vacinas que a criança vai receber, as possíveis reações e retorno se necessário.
- Registrar no cartão da criança as vacinas a serem aplicadas, com o lote, data de vencimento, data de aplicação e rubrica do profissional.
- Aplicar as vacinas conforme as normas técnicas.
- Preencher o cartão espelho.
- Observar os efeitos adversos das vacinas.
- Notificar os efeitos colaterais mais graves.

Aleitamento Materno:

- Sensibilizar e incentivar a gestante para a amamentação durante o pré-natal, parto e puerpério.
- Orientar a nutriz sobre a amamentação na primeira visita domiciliar, nas ações da primeira, nas consultas e qualquer outra oportunidade.
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.
- Orientar sobre a introdução de novos alimentos conforme as orientações da equipe.

Acompanhamento da Criança:

- Captar a criança até o 5º dia de vida.
- Identificar fatores de risco desde a primeira consulta.
- Monitorar as crianças do Grupo de risco.
- Realizar visitas domiciliares.
- Verificar o Cartão da Criança.
- Realizar consultas médicas e de enfermagem.
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento.
- Avaliar dietas e vacinação.
- Solicitar os exames laboratoriais.
- Tratar as doenças prevalentes.
- Garantir os medicamentos básicos.
- Verificar o uso correto de medicamentos.
- Verificar a compreensão e adesão às orientações.
- Realizar atendimento odontológico.
- Abordar adequadamente a criança vítima de violência.
- Buscar faltosos.
- Realizar as atividades educativas.
- Registrar os achados do exame, diagnóstico e condutas no prontuário.
- Alimentar e analisar os sistemas de informação.

Atendimento em Saúde Bucal:

- Realizar ações de educação em saúde bucal.
- Realizar atendimento clínico odontológico.

- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
- Orientar: alimentação e higiene.
- Realizar os registros necessários.

O Atendimento da Equipe de Saúde

Consulta médica:

- Realizar anamnese e exame clínico.
- Analisar o resultado dos exames laboratoriais.
- Avaliar presença de fatores de risco.
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- Avaliar e orientar quanto à imunização.
- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
- Orientar: alimentação e higiene.

Consulta enfermagem:

- Realizar anamnese e exame clínico.
- Avaliar presença de fatores de risco.
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- Avaliar e orientar quanto à imunização.
- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- Orientar sobre as doenças e intercorrências.
- Orientar: alimentação e higiene.

Atendimento do Auxiliar de Enfermagem

- Aplicar vacinas.
- Coletar os exames laboratoriais.
- Realizar os procedimentos solicitados na consulta médica ou de enfermagem.
- Realizar as ações educativas.
- Realizar a busca ativa das crianças faltosas.

- Preencher os registros necessários.

Atendimento pelo Agente Comunitário de Saúde

- Captar precocemente as crianças para o acompanhamento.
- Realizar visita domiciliar para monitoramento das crianças.
- Realizar as ações educativas.

Realizar a busca ativa das crianças faltosas

A Responsabilidade da Equipe de Saúde

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

ATRIBUIÇÕES	PROFISSIONAIS
1. Captação para o acompanhamento	1. Equipe de saúde - ênfase para o ACS
2. Verificar condições gerais da mãe e da criança no domicílio	2. Equipe de saúde - ênfase para o ACS
3. Verificar presença de situações de risco	3. Equipe de saúde
4. Fornecer e preencher a Caderneta da Criança	4. Equipe de saúde / na maternidade
5. Ações da primeira semana integral	5. Auxiliar/técnico de enfermagem
6. Verificar o Cartão da Criança	6. Equipe de saúde
7. Verificar o entendimento e adesão às orientações	7. Equipe de saúde
8. Orientar sobre o aleitamento materno	8. Equipe de saúde
9. Orientar sobre cuidados de higiene	9. Equipe de saúde
10. Buscar faltosos	10. Agente comunitário de saúde - ACS
11. Agendar consulta	11. Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem
12. Realizar atendimento individual	12. Médico, enfermeiro
13. Visita domiciliar	13. Equipe de saúde
14. Avaliar crescimento, desenvolvimento e dieta	14. Médico, enfermeiro
15. Orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária	15. Médico, enfermeiro
16. Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos	16. Equipe de saúde
17. Indicar aplicação de vacinas em atraso	17. Médico, enfermeiro
18. Solicitar exames complementares	18. Médico, enfermeiro
19. Prescrever medicamentos	19. Médico, enfermeiro
20. Registrar no prontuário os achados do exame, diagnósticos e condutas	20. Médico, enfermeiro
21. Encaminhar para especialista e/ou pediatra	21. Médico, enfermeiro
22. Encaminhar para o serviço de urgência	22. Médico, enfermeiro
23. Desenvolver atividades de educação para saúde em grupos, com a participação dos pais ou responsáveis pela criança	23. Equipe de Saúde
24. Fazer avaliação da criança vítima de violência e orientar a sua família	24. Médico, enfermeiro
25. Realizar ações educativas em saúde bucal	25. Equipe de Saúde Bucal
26. Realizar atendimento clínico odontológico para as crianças	26. Cirurgião dentista

9.2 Os Fundamentos para Seguimento da Criança de Alto Risco

O seguimento do Recém Nascido de alto risco depois da alta hospitalar tem por objetivo acompanhar aquelas crianças com maior risco de morrer ou de

apresentar distúrbios capazes de interferir na sua qualidade de vida.

Esse acompanhamento permite intervenção precoce nos problemas identificados na alta hospitalar e prevenção de outros, passíveis de ocorrerem até o 3º ano de vida. Além disso, o acompanhamento destes recém-nascidos consiste em importante instrumento de avaliação da qualidade da atenção prestada nas Unidades Neonatais.

Critérios para classificação da criança de alto risco:

- Os riscos identificados ao nascer podem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar ou pela busca ativa dos recém-nascidos.

A Identificação da Criança de Alto Risco Momentos da Captação

No Pré-Natal – para facilitar a captação:

- Como recomendado, é importante que seja definida a visita da gestante à maternidade de referência a partir da 30ª semana de gestação.
- Nas equipes de ESF, é importante que seja realizado o monitoramento da gestante de alto risco, pela equipe de saúde e visitas semanais domiciliares pelo ACS, em especial, no último mês de gestação.

No Nascimento:

- Identificação da criança de alto risco já no pré-natal com informação à gestante sobre a necessidade de seguimento do recém-nascido logo após o nascimento.
- A equipe médica da Maternidade identifica o RN de alto risco, preenche os dados da declaração de nascidos vivos (DN), da caderneta da criança e vincula (**através do agente vinculador**) a ESF garantindo o atendimento à primeira consulta.

Na ESF:

- A captação deve ser feita com o acolhimento, visita do ACS e/ou enfermeiro, quando será feito a classificação do RN quanto ao risco, priorizando o atendimento.
- Na ESF deve ser garantida pelo agente vinculador a consulta até o 5º dia de vida.
- Todo bebê menor que 28 dias, que é trazido pela primeira vez à ESF por uma

queixa qualquer, deve ser imediatamente atendido e classificado quanto ao risco;

- Deve ser feita busca ativa das crianças faltosas.

A Frequência de Avaliação

Essa periodicidade pode variar de acordo com a necessidade da criança, condições familiares e as possibilidades do serviço.

FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA DE ALTO RISCO	
IDADE/PERÍODO	CONSULTA
7 a 10 dias após a alta	Primeira consulta
Nos primeiros 6 meses de idade	Mensal
6 a 12 meses de idade	Bimestral
13 a 24 meses	Trimestral
2 anos a 4 anos	Semestral
4 anos até a puberdade	Anual

Fonte: Manual Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco – SBP, 2012.

As crianças classificadas como alto risco devem ser acompanhadas em ambulatórios de especialidade e ao mesmo tempo devem ser vinculadas à unidade de saúde em que a família está cadastrada, cuja equipe deve monitorar esse seguimento tendo conhecimento de toda programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

As crianças com risco adquirido:

- Essas crianças deverão ser identificadas pela unidade de saúde e a rotina de acompanhamento deve ser estabelecida a partir da necessidade determinada pelo tipo de fator de risco apresentado.

Critérios para a definição de risco adquirido:

- Desnutrição
- Maus tratos
- Após a segunda internação
- Chefe de família sem fonte de renda

- Criança manifestada indesejada
- Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.

O Atendimento da Criança Doente

Atendimento da criança com desnutrição

- Realizar ações educativas preventivas junto à comunidade.
- Aferir peso e estatura de todas as crianças atendidas.
- Realizar avaliação nutricional e identificar as crianças desnutridas.
- Orientar sobre a adequação da dieta.
- Orientar sobre prevenção e o controle de processos infecciosos.

Atendimento da criança com diarreia

- Realizar ações educativas preventivas junto à comunidade.
- Identificar, nas visitas domiciliares, as crianças com diarreia.
- Orientar, em casa, para o aumento da ingestão de líquidos.
- Encaminhar para a UBS para consulta.
- Realizar visita domiciliar após a alta nas crianças desidratadas.
- Conferir o preparo adequado do SRO e sua oferta no domicílio.
- Identificar no acolhimento as crianças com diarreia e/ou desidratação.
- Realizar consulta.
- Indicar observação/internação para hidratação oral, venosa ou SNG.
- Preparar o SRO para ser administrado na UBS.
- Capacitar os familiares para a oferta de líquidos para a criança após as evacuações.
- Orientar sobre a alimentação, preparo e oferta do SRO em casa e avaliação dos sinais de desidratação, evolução da diarreia e sinais de piora.
- Orientar retorno.
- Acompanhar a criança e familiares durante a internação.

Atendimento da criança com doença respiratória

- Levantamento de informações locais sobre problemas respiratórios na população e situação de moradia dos pacientes.
- Acolhimento e reconhecimento do paciente com tosse e/ou dificuldade respiratória.
- Reconhecimento de sinais e sintomas de alerta e/ou situações de risco.
- Atendimento e tratamento da criança com afecção respiratória.
- Atividades de educação e prevenção dos agravos à saúde.

Atendimento da criança com parasitose intestinal

- Avaliar corretamente a criança com suspeita de parasitose.
- Estar atentos a situações de urgência.
- Solicitar EPF, se necessário.
- Realizar o tratamento adequadamente.
- Orientar sobre a higiene corporal, higiene alimentar e destino adequado das fezes.

Atendimento da criança com anemia

- Avaliar corretamente a criança com fatores de risco e sintomas sugestivos de anemia.
- Realizar os exames necessários à confirmação diagnóstica.
- Realizar o tratamento adequadamente.
- Orientar sobre a alimentação.
- Estimular o aleitamento materno.
- Realizar a profilaxia medicamentosa para os casos indicados.

Atendimento da criança com triagem neonatal positiva

- Realizar a coleta de sangue para a triagem neonatal conforme protocolo.
- Orientação sobre o resultado do teste.

- Encaminhamento das crianças com triagem positiva aos serviços de referência.
- Acompanhamento conjunto das crianças com diagnóstico confirmado.

Atendimento da criança com doenças de transmissão vertical

- Realizar adequadamente o pré-natal de toda gestante da área de abrangência.
- Identificar as gestantes com fatores de risco para HIV, toxoplasmose e sífilis.
- Tratar todas as gestantes com exames positivos, desde o pré-natal até o parto.
- Realizar os exames do recém-nascido logo após o nascimento.
- Acompanhar a criança com diagnóstico confirmado até o término do tratamento.
- Notificar o caso corretamente.
- Acompanhar a criança com suspeita da doença até exclusão do diagnóstico.
- Orientar adequadamente os familiares.

A organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde tem o objetivo de oferecer o cuidado integral a saúde da criança, através das seguintes ações:

- Acolhimento das crianças, identificando os problemas/necessidades de saúde;
- Comprometimento de toda equipe de saúde na vigilância à saúde da criança;
- Priorização da atenção à criança de risco;
- Desenvolvimento de ações coletivas;
- Ênfase nas ações de promoção de saúde.

AS METAS PRIORITÁRIAS

- Monitorar 100% das crianças, menores de 1 ano, residentes na área de abrangência da ESF, que apresentam situações de risco;
- Realizar visita domiciliar precoce a 100% dos recém-nascidos com alta hospitalar, na primeira semana de vida;
- Agendar consulta médica para 100% dos recém-nascidos, até o décimo dia vida;
- Realizar visita domiciliar precoce a 100% das crianças < de 01 ano que passaram por internamento hospitalar, nos primeiros 07 dias pós-alta;
- Agendar consulta médica para 100% das crianças < de 01 ano, que tiveram internamento, na primeira semana pós-alta hospitalar;
- Acompanhar 100% das crianças de 0 a 01 ano, residentes na área de abrangência da ESF, conforme o padronizado.
- Garantir ação educativa a 100% das famílias com crianças de 0 a 01 ano residentes na área de abrangência;
- Vacinar no mínimo 95% das crianças menores de 1 ano da área de abrangência;
- Garantir consultas médicas e de enfermagem, de rotina e eventuais para as crianças residentes na área de abrangência;
- Realizar visita domiciliar a 100% das crianças de 0 a 01 ano, com prioridade para as de risco e às faltosas ao programa de imunização e aos atendimentos de puericultura.

OS RESULTADOS ESPERADOS

- Reduzir a mortalidade neonatal.
- Reduzir a mortalidade infantil.
- Reduzir a morbi-mortalidade por doenças respiratórias.
- Garantir o acompanhamento a todas as crianças de risco.

10. REDE DE REFERÊNCIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Equipe de Saúde tem a responsabilidade sobre o seguimento da assistência, garantindo o seu acesso aos demais pontos de atenção, quando necessário, e deverá identificar a rede de serviços de saúde necessários ao atendimento:

- **Centro de Referência de Imunobiológicos:** Sala de vacina de referência de sua área
- **Ambulatório de especialidade:** NASF
- **Unidades de urgência:** Hospital Municipal de Conceição da Barra e Pronto Atendimento de Braço do Rio
- **Conselho Tutelar Sede:** (27) 3762-1112
- **Conselho Tutelar Braço do Rio:** (27) 3762-4327
- **Unidade de Internação Pediátrica:** Até 28 dias de vida na Maternidade onde foi realizado o parto e após 29 dias no HRAS
- **Maternidade de Risco Habitual:** Hospital Maternidade São Mateus
- **Maternidade de Alto Risco:** Hospital Maternidade São José

11.REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Brasília, 2017.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Saúde. Rede Estadual de Atenção Materno Infantil. Protocolo de Vinculação da Gestante.Vitória. 2017.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Saúde. Atenção a Saúde da Criança.Vitória. 2017.