

# LINHA GUIA

## REDE MÃE PARANAENSE



7ª Edição  
2018



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Michele Caputo Neto  
**Secretário de Estado da Saúde**

Sezifredo Paz  
**Diretor-geral**

Juliano Schmidt Gevaerd  
**Superintendente de Atenção à Saúde**

Monique Costa  
**Chefe do Departamento de Atenção Primária à Saúde**

Débora Bilovus de Souza  
**Coordenação Técnica da Rede Mãe Paranaense**

### **Equipe Colaboradora**

Débora Bilovus de Souza  
Carolina Bolfe Poliquesi  
Marcos Takimura  
Iolanda Maria Novadzki  
Andréia Perry  
Viviane Melanda

**7ª Edição**  
**2018**



## APRESENTAÇÃO

O Paraná completa os sete anos da Rede Mãe Paranaense comemorando a redução significativa da mortalidade materna e infantil. São os menores índices da história da saúde pública do Estado. Com o esforço conjunto de gestores, profissionais de saúde, academia e sociedade civil organizada, antecipamos o cumprimento das metas do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU).

Mais de mil gestantes e bebês foram salvos pelas ações do Mãe Paranaense e isso é motivo de orgulho para a Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela organização dos protocolos da Rede.

Com o apoio dos programas estruturantes da SESA, como o APSUS, de fortalecimento da Atenção Primária; o COMSUS, de apoio aos consórcios intermunicipais de Saúde; e o HOSPSUS, de apoio e qualificação da rede hospitalar, conseguimos fortalecer todos os pontos de atenção para garantir pré-natal de qualidade, estratificação de risco das gestantes e crianças e vinculação da gestante ao hospital e maternidade mais adequado para o parto.

Nesta sétima edição da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, apresentamos o resultado das ações implantadas com a diminuição significativa da mortalidade materna e infantil, e a melhoria das condições do atendimento às nossas gestantes e bebês em todas as regiões de saúde.

Parabéns a todos que fazem a diferença na vida dos paranaenses!

O Paraná nasce com Saúde!

**Michele Caputo Neto**  
Secretário de Estado da Saúde do Paraná



## SUMÁRIO

1 - Justificativa.....	05
2 - Rede Mãe Paranaense.....	14
2.1 - Conceitos e Princípios.....	14
2.2 - Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense.....	15
2.3 - Estratégias.....	16
2.4 - A Rede Mãe Paranaense - Painel de Bordo.....	17
2.5 - Os Pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense.....	18
2.5.1 - Atenção Primária à Saúde.....	18
3 - Matriz dos Pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense.....	19
3.1 - Competência Municipal Compete à Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAP).....	20
3.2 - Compete ao Agente Comunitário de Saúde (ACS).....	20
3.3 - Compete à Equipe de Saúde.....	21
4 - Fluxo da Gestante na Atenção Primária.....	22
5 - Fluxo da Criança na APS.....	27
6 - Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense.....	31
7 - Atenção Hospitalar – Nível Secundário e Terciário.....	37
8 - Estratificação de Risco.....	41
8.1 - Estratificação de Risco para a Gestante.....	43
8.2 - Estratificação de Risco para a Criança.....	44
9 - Pontos de Atenção.....	46
10 - Informações Complementares.....	56
10.1 - Obesidade na Gestação.....	56
10.2 - Ganho de Peso (Kg) Recomendado Durante a Gestação, Segundo o Estado Nutricional Inicial.....	57
11 - Restrição de Crescimento Intrauterino.....	59



## A REDE MÃE PARANAENSE

### 1 – JUSTIFICATIVA

Há um reconhecimento global da necessidade da redução da mortalidade materna e infantil, como indicadores de referências para análise da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. Esforços mundiais para baixar os indicadores de mortalidade materna e infantil têm sido desenvolvidos por órgãos como Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora tenha havido redução destes indicadores, as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) entre 1990 e 2015 não foram atingidas no contexto global. Apenas 183 países atingiram a meta de redução de mortalidade materna e os objetivos para redução da mortalidade materna e infantil não foram alcançados.

Entretanto, o combate à mortalidade materna e infantil permanece na pauta da saúde global para o desenvolvimento. Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) sucederam ODM e convocam o mundo para um esforço de eliminação das mortes evitáveis entre os anos de 2016 e 2030. A meta é de redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM), para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos (NV).

A redução das desigualdades a que estão sujeitas as mulheres e o aumento da qualidade da atenção obstétrica são peças fundamentais para reduções adicionais da mortalidade materna.

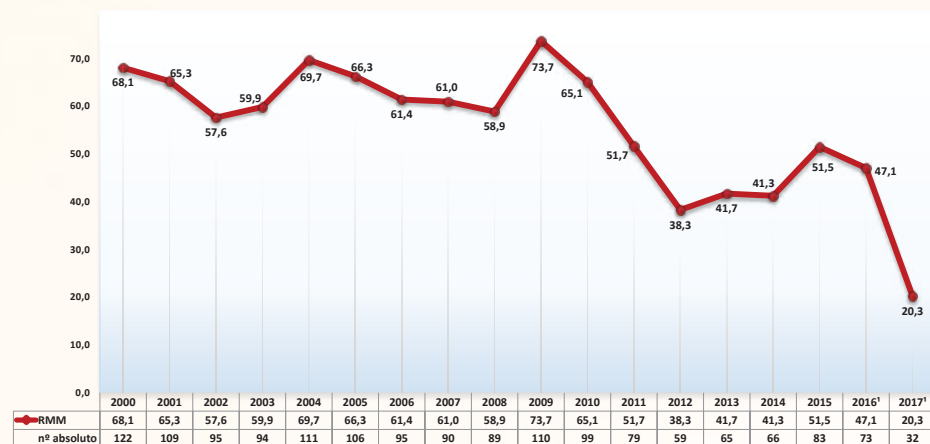
A avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma população é importante para o entendimento das condições de saúde de uma sociedade por meio de avaliações dos índices de mortalidade materna e infantil. As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionada às condições socioeconômicas e variáveis sociais como escolaridade da mãe, etnia e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno.

Portanto, a identificação dos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações para a mudança desses indicadores.



## Mortalidade Materna

### SÉRIE HISTÓRICA DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, SEGUNDO PERÍODO DE 2000 A 2017 - PARANÁ.



FONTE: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SESA-PR 05/02/2018

Nota 1: Resultados preliminares sujeitos a alteração.

Nota 1: Os dados de Razão de Mortalidade Materna do ano de 2017 são preliminares e baseados na estimativa da DVIEP/CEPI/SVS/SESA, e estão sujeitos a alterações.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV). A RMM reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher, e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal até a assistência ao parto e puerpério.

Em 1990, a RMM no Paraná foi de 90,5/100.000 NV, em dez anos caiu para 68,1/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 25%. No período de 2001 a 2010, a RMM no Paraná foi de 65,3/100.000 NV para 5,1/100.000 NV, indicando uma diminuição inexpressiva de apenas 0,3%, em uma década. Já no período de 2011 a 2017¹, o indicador de 52/100.000 NV passou a 31,9/100.000 NV, o que representa uma redução de 39% em seis anos, já tendo ultrapassado os índices de declínio de RMM das duas últimas décadas, sendo o menor coeficiente dos últimos 20 anos.



Ao analisar a evitabilidade desses óbitos, verificou-se um alto percentual de evitabilidade no período entre 2011 e 2016, em média 84,3% dos casos. Sendo que 71% desses óbitos eram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros.

As causas mais frequentes de óbito materno são as obstétricas diretas, aproximadamente 64% entre 2011 e 2016, destas a Síndrome Hipertensiva (46%) e Hemorragias (54%), e representam 68% das mortes maternas registradas. Já a infecção puerperal é a terceira principal causa de mortalidade materna.

A média anual de ocorrência de Síndrome Hipertensiva, no período entre 2011 e 2016, quando comparado com o ano de 2017, apresentou uma redução de 24%. Já as hemorragias tiveram uma redução em 2017 de 32%.

Quanto às mortes obstétricas indiretas, representam 30,6% do total de óbitos maternos, entre os anos de 2011 e 2016. Destas, 37,4% são causas provenientes do aparelho circulatório e 15,3% do aparelho respiratório. Já a média de mortes por causas obstétricas indiretas no período de 2011 a 2016 foi de 22 óbitos, e em 2017¹ representam 10 óbitos.

Isso remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento integral à saúde das mulheres e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis.

Quanto aos óbitos de gestante da cor negra, observando o triênio de 2011 a 2013, 38 gestantes negras morreram. No triênio de 2014 a 2016, foram 62 óbitos, o que representa um crescimento do número de óbitos neste grupo. No entanto se comparamos a RMM por 100 mil NV, no período de 2014 a 2016, entre as etnias branca (43,2) e negra (58,2), a mulher negra tem 0,7 vezes mais chances para óbito materno.

Apesar dos esforços, o Paraná ainda apresentava uma RMM acima da meta do ODM (1990-2015) e índices oscilantes muito acima da média de países desenvolvidos. A análise do quadro da mortalidade materna demonstrava uma estagnação no seu indicador, a menos que se fossem adotadas novas medidas para alterar esse quadro. Em 2011, iniciamos o processo de implantação da Rede Mãe Paranaense, com base na análise dos óbitos maternos e infantis que ocorreram no período de 2006 a 2010 no Paraná.

A partir de 2011, passou a uma condição de declínio da RMM, chegando a 38,3 por 100 NV em 2012, voltando a ascender até 2015. A partir de 2015, houve um declínio que se manteve nos anos seguintes, chegando a RMM em 2017 de 31,9 por 100 mil NV, uma redução de 32,2%, em relação ao ano anterior. Finalizamos 2017 com o menor índice já conquistado no Estado, 31,9/100.000 NV, o que representa

uma redução de 51% em relação a 2010. A maior redução anual, de 30,5% entre 2016 e 2017, desde a implantação do programa, assim como dos últimos 20 anos.

Outro dado que chamava a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no Estado, com o aumento do número de casos de sífilis congênita no período de 2011 a 2016. O aumento exponencial do número de casos, além de obtermos uma melhoria da qualidade da vigilância, despertou a importância de um trabalho conjunto entre Vigilância em Saúde e Assistência à Saúde, que cominou na criação do Grupo Técnico Estadual para Controle, Redução e Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (GTEIST) para controle e redução do número de casos de Sífilis no Paraná.

As taxas de cesariana, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), têm variado pouco – 61% a 63%, entre 2011 e 2016. Já em 2017<sup>1</sup>, a proporção de cesarianas foi de 62%. Embora o elevado percentual desse procedimento seja nas usuárias da saúde suplementar, o SUS ainda apresenta um elevado índice de cesarianas.

## Mortalidade Infantil

### SÉRIE HISTÓRICA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (TMI), SEGUNDO PERÍODO DE 2000 A 2017, PARANÁ

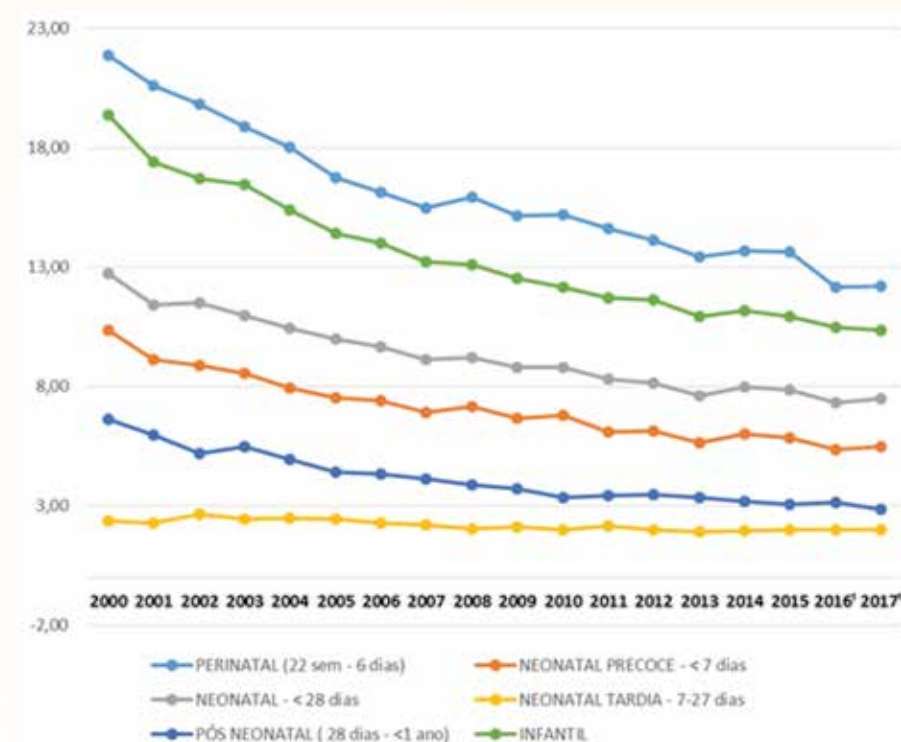


FONTE: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SESA-PR 05/02/2018

Nota 1: Resultados preliminares sujeitos a alteração.

Ao analisarmos a mortalidade infantil do Paraná, observamos que, apesar da redução do índice, I do Estado, essa redução passou a ser lenta a partir do ano de 2005. Em 2010, a TMI foi 12,2 por 1.000 NV, já no período entre 2011 e 2016 a TMI foi de 11,04 e em 2017<sup>1</sup> de 10,35 por mil nascidos vivos. Embora os índices sejam considerados baixos para o país, e se evidencie uma redução de 14% entre 2010 e 2017<sup>1</sup>, há um desafio para aceleração da diminuição da mortalidade infantil no Paraná, a fim de atingir índices semelhantes a países desenvolvidos.

### SÉRIE HISTÓRICA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, SEGUNDO ESTRATO ETÁRIO, 2000 A 2017, PARANÁ



FONTE: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SESA-PR 05/02/2018

Nota 1: Resultados preliminares sujeitos a alteração.





Observa-se que, a mortalidade, segundo a faixa etária do óbito demonstrada no gráfico anterior, o período neonatal precoce apresenta índices acima de 5 por mil nascidos vivos, desde 2013, porém com índices declinantes. À semelhança, o período neonatal mantém-se com índices acima de 7, e o neonatal tardio com índice muito próximo da estagnação, com TMI neonatal tardia de 2 a cada mil nascidos vivos desde 2013. Já o período pós-neonatal teve um declínio constante ao longo da série histórica, chegando em 2017 com TMI abaixo de 3 a cada mil nascidos vivos em 2017<sup>1</sup>. Mas o que nos chama atenção é a neonatal precoce (22 semanas completas de gestação até seis dias após o nascimento), visto que seu índice representa mais de 50% do que a soma dos outros estratos etários da TMI. Tal condição revela que o cuidado com a saúde da mulher e ao recém-nascido, principalmente com a atenção de qualidade ao pré-natal, são essenciais na busca pela redução da mortalidade infantil.

A análise por grupo de causas dos óbitos infantis, registrados no período entre 2011 e 2013, no Paraná, revela que as afecções originadas no período perinatal representam em média 56,5% de todos os óbitos infantis, seguida pela má-formação congênita e anomalias cromossômicas com média de 25,9% no mesmo período. Já nos anos de 2014 a 2016 os resultados são semelhantes ao do triênio anterior, com 56,9% e 27,1%, respectivamente. As causas de origem externas são a terceira principal responsável pelos óbitos em menores de um ano de vida, sendo que nos períodos de 2011 a 2013 e 2014 a 2016, em média representaram aproximadamente 4,6% de todos os óbitos infantis em ambos os triênios analisados. De 2011 a 2013 e de 2013 a 2016, as doenças do aparelho respiratório tiveram uma leve diminuição da proporção sobre o total de óbitos infantis, de 3,7% para 3,1%, respectivamente. Semelhantemente, a proporção das doenças infecciosas e parasitárias representaram 2,6% no período de 2011 a 2013 e 2,4 no período de 2014 a 2016. Já o ano de 2017<sup>1</sup>, embora os resultados estejam sujeitos a alterações, aponta para um aumento das causas originadas no período perinatal (58,7%) e manutenção da proporção das causas ligadas a más-formações congênitas e anomalias cromossômicas.

O cenário acima descrito alerta para condições intimamente ligadas à qualidade da saúde da mulher, podendo estar ligada à ocorrência de prematuridades no Estado. No triênio de 2011 a 2014, a média proporcional de óbitos infantis em prematuros foi de 8,4%, já no triênio 2014 a 2016 aproximadamente 9%, e para o ano de 2017<sup>1</sup>, embora tenha dados preliminares, aponta para manutenção de 9%.



Com relação à classificação de óbitos infantis evitáveis, aproximadamente 66,6% são considerados evitáveis no período de 2011 a 2013 e 65,7% no período de 2014 a 2016. Nos respectivos triênios pesquisados, os principais elementos contribuintes para evitabilidade são: atenção à mulher na gestação (35,8% e 35,5%), atenção à mulher no parto (8,3% e 9,1%) e adequada atenção ao recém-nascido (10,7% e 10,3%). Em 2017<sup>1</sup>, as análises apontam para resultados semelhantes.

Assim, é incontestável que as ações de atenção à saúde da mulher devem estar ligadas às ações de atenção à saúde da criança, até o seu primeiro ano de vida, por meio de políticas conjuntas e articuladas entre si, no que tange ao óbito materno e infantil.

Para o aprimoramento das ações para a redução da mortalidade materna e infantil, foi implantado na Rede Mãe Paranaense o monitoramento do *near miss* materno no Paraná, a partir das diretrizes da Organização Mundial da Saúde.

O *near miss* materno é definido como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez”. Trata-se de uma estratégia da Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade da atenção à saúde dedicada às gestantes e o desempenho dos serviços de saúde no atendimento das condições ameaçadoras à vida com vistas à redução da mortalidade materna evitável.

Os fatores mais comuns que indicam o agravamento dos casos relacionados à assistência e ao diagnóstico podem ser:

Fatores Assistenciais	Fatores Diagnósticos
Necessidade de terapia intensiva	Eclâmpsia/pré-eclâmpsia/HELLP
Necessidade de hemotransfusão	Atonia uterina/Placenta acreta
Utilização de Sulfato de Magnésio	Tromboembolismo pulmonar
Hospitalização Prolongada	Sepse



O *near miss* materno é considerado um evento sentinela. Seu monitoramento e investigação no Estado do Paraná possui três objetivos principais:

**1.** Identificar quais as ações que podem ser aprimoradas no contexto do serviço hospitalar para qualificar a assistência:

Casos de *near miss* materno que são investigados são fontes de informações para implementar melhorias nos processos de assistência por meio da atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente, das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, das equipes da assistência obstétrica, do alojamento conjunto e da terapia intensiva, entre outros. A discussão intersetorial aberta, clara e focada nos processos proporciona o aprimoramento dos profissionais, a melhoria da comunicação entre as equipes e a possibilidade de sugerir soluções criativas e inteligentes, bem como soluções práticas de aperfeiçoamento dos processos e qualificação das equipes a partir de evidências científicas e protocolos disponíveis.

**2.** Identificar falhas na rede assistencial (pública ou privada) que devem ser corrigidas para evitar novos desfechos graves.

A identificação dos casos de *near miss* materno nos serviços hospitalares são uma importante fonte de informações acerca das ações e dos serviços propostos pela Rede Mãe Paranaense para organização da assistência obstétrica. O hospital é o serviço de maior complexidade para a gestante ou puerpera que sofre complicações ou agravamento do seu quadro. Os profissionais que atendem paciente no serviço hospitalar podem identificar situações de fragilidade da rede e fornecer informações relevantes de maneira rápida. Baseadas nestas informações, as Regionais de Saúde atuam na melhoria dos fluxos e das políticas de assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

**3.** Monitorar e avaliar os casos notificados para identificar padrões regionais que podem ser enfrentados a partir de políticas e/ou intervenções públicas específicas.

O monitoramento e a avaliação dos casos de *near miss* materno trazem informações que auxiliam o gestor para o fortalecimento de políticas públicas, educação permanente em saúde, gerenciamento de recursos e o estabelecimento de fluxos e referências que correspondem à realidade regional e/ou estadual.

A melhora dos indicadores da atenção materno-infantil e, em especial, a queda da mortalidade materna de forma rápida são atribuídas às diversas mudanças que foram introduzidas com a implantação da Rede Mãe Paranaense, tais como:



- organização dos processos de atenção;
- o sistema de saúde acolhendo precocemente as gestantes no pré-natal, o seu acompanhamento em todas as unidades de atenção primária;
- a estratificação de risco e a vinculação da gestante conforme estratificação de risco ao pré-natal de risco;
- a vinculação ao hospital mais adequado para atender o seu parto;
- o processo de capacitação permanente de cerca de 47 mil profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) nos 399 municípios do Estado. Essas capacitações destacaram a importância da APS se responsabilizar pelas gestantes e pelos bebês na sua área de atuação por meio da captação precoce para o seu devido acompanhamento.

Em 2011, como primeira ação de suporte à Rede Mãe Paranaense, a SESA implantou o programa HOSPSUS que garante a referência para gestantes e crianças de risco em todas as regiões de saúde do Estado. Além disso, em 2012 foi realizado um chamamento público para contratação dos hospitais de referência para atendimento das gestantes de risco habitual e intermediário e republicado em 2017. São atualmente 136 hospitais que fazem parte da Rede Mãe Paranaense, sendo 30 de referência para a gestante e criança de alto risco, e 106 como referência para gestantes de risco habitual e intermediário.

A vinculação da gestante ao hospital mais adequado para o atendimento de intercorrências e a realização do parto de modo seguro e o mais natural possível são outras ações que tiveram muito impacto na redução da mortalidade materna e infantil nesse período. Em 2013, a Rede Mãe Paranaense priorizou a organização dos Centros Mãe Paranaense em todas as regionais de saúde e para o atendimento à gestante e ao bebê de risco, disponibilizando consultas com uma equipe multiprofissional e exames necessários.



## 2 - REDE MÃE PARANAENSE

### 2.1 - CONCEITOS E PRINCÍPIOS

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

A Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde propostas por Mendes (2010). Essa rede se consolidará a partir da implantação dos seus cinco componentes.

- Uma Atenção Primária de qualidade, resolutive e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças em especial no seu primeiro ano de vida.
- Na Atenção Secundária com o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional (Centro Mãe Paranaense).
- Na Atenção Terciária com a disponibilidade de leitos de UTI adulto e neonatal, a garantia da vinculação das gestantes conforme seu risco nos hospitais, para a atenção de qualidade às intercorrências e do parto.
- Os sistemas logísticos, cartão SUS, E-SUS, SISPRENATAL WEB, Carteira da Criança e da Gestante, transporte sanitário eletivo e de urgência, regulação.
- E o sistema de governança da rede, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade que, segundo população IBGE/2012, representa 3.428.706 mulheres. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2016 nasceram no Paraná 155.048 crianças. Embora a Rede Mãe Paranaense tenha como público-alvo mulheres e crianças, é importante destacar que ações implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a família paranaense.



### 2.2 - MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE

MISSÃO	- Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade.
VISÃO	- Ser, até 2020, o Estado com uma rede de atenção materno-infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
VALORES	- Compromisso. Ética. Vínculo. Humanização.
RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	- Reduzir a mortalidade materna e infantil. - Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.
PROCESSOS	- Melhorar a qualidade e a responsabilidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério; - Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-infantil; - Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; - Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança; - Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano; - Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco; - Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela Linha Guia.
GESTÃO	- Contratar os hospitais para vinculação do parto; - Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil; - Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da rede de atenção materno-infantil; - Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da rede de atenção materno-infantil; - Consolidar sistema de governança da rede de atenção materno-infantil – Mãe Paranaense.
FINANCEIRA	- Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizar o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos; - Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto.





## 2.3 - ESTRATÉGIAS

1. Apoiar os municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), investindo na construção, reforma, ampliação e em equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
2. Estabelecer incentivo financeiro, fundo a fundo, aos municípios para custeio das equipes de saúde que atuam na APS com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social;
3. Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente;
4. Implantar a Segunda Opinião e Telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de Atenção Primária;
5. Garantir a oferta de pré-natal de qualidade (consultas e exames) para as mães paranaenses, na Atenção Primária e na Atenção Secundária;
6. Garantir referência hospitalar para o parto, de acordo com o grau de risco da gestante;
7. Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida;
8. Estabelecer ambulatório de referência para as gestantes e crianças de risco;
9. Padronizar a utilização da Carteira da Gestante e da Criança em todo o Estado;
10. Instituir Estratégia de Qualidade ao Parto (EQP) para os hospitais que atendem aos critérios para uma adequada atenção à gestante de Risco Habitual e Risco Intermediário e ao parto;
11. Ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno e garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria dos bancos (postos de coleta de leite humano).

## ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que permite que os municípios, as Regionais de Saúde, os Serviços de Saúde e a Secretaria da Saúde reflitam pelos indicadores processados no equilíbrio entre os objetivos, as metas e a missão desenvolvidos no Mapa Estratégico. Ao olhar e refletirmos sobre os indicadores que o Painel de Bordo definiu, observa-se que esses permitem obter as respostas frente às seguintes perguntas: Estamos fazendo o que é certo? Estamos fazendo corretamente? Podemos fazer melhor?

O monitoramento possibilitará o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do acompanhamento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a rede de atenção à Mãe Paranaense e irá orientar o processo de decisão para a implementação de novas medidas.



A seguir, o Painel de Bordo para a Rede Mãe Paranaense, que estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: Resultado para a sociedade, Indicadores de processo e Indicadores de gestão.

## 2.4 - A REDE MÃE PARANAENSE - PAINEL DE BORDO

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador
Resultados para a sociedade	1. Reduzir mortalidade materna e infantil.	1.1. Razão de morte materna na macrorregião 1.2. Coeficiente de mortalidade infantil na macrorregião
	2. Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.	2.1. Índice de satisfação das usuárias da rede
Processo	3. Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.	3.1. % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação
		3.2. Cobertura vacinal em menores de um ano
		3.3. Índices de cesarianas
	4. Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança.	4.1. % de gestantes estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense
		4.2. % de crianças estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense
Gestão	5. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.1. % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco
		6.1. % de gestantes estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense e aos Hospitais de Referência
	6. Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Materno-Infantil.	6.2. % de crianças estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense



Para 6 (seis) objetivos estratégicos elencou-se 11 (onze) indicadores que possibilitarão o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia da Rede Mãe Paranaense.

Este monitoramento será possível pelo acompanhamento dos dados levantados dos sistemas de informação oficial do governo, como: E-SUS, SISPRENATAL WEB, SIAB, SINAN, SINASC, SIM, SIAH, SIA e pelo desenvolvimento de inquérito/pesquisa sistemática aplicadas com as usuárias da rede, e/ou outros sistemas desenvolvidos pelas equipes técnicas para o monitoramento dos indicadores.

Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que durante o pré-natal, parto e puerpério, o profissional preencha adequadamente os formulários do Sistema de Informação em Saúde, a Carteira da Gestante e da Criança.

## 2.5 - OS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

### 2.5.1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária é a porta de entrada da rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. A Rede Mãe Paranaense tem adesão dos 399 municípios do Estado, que desenvolvem as atividades de busca ativa das gestantes e às crianças menores de um ano; oferta de pré-natal em quantidade, mas, principalmente, com qualidade; vincula as gestantes a serviços em que o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural possível, e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco a outros níveis de atenção.

Toda a unidade de Atenção Primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade de Atenção Primária (UAP) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família. Estrutura-se, portanto, um processo de detecção precoce de gestação de risco que estabelece a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade, **contudo mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UAP.**

A estratificação de risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois, dessa forma, as carteiras da gestante e da criança permitem a comunicação das equipes da APS com os demais níveis: pontos de Atenção Secundários e Terciários. Já no momento da inscrição no pré-natal, terá seu parto assegurado no hospital de referência, de acordo com a avaliação de risco gestacional, por meio de um sistema de vinculação hospitalar.



**As melhorias da Atenção Primária são pressupostos para a organização da Rede Mãe Paranaense, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a estratificação de risco da gestante e da criança, vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado.**

Os municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense assinaram um Termo de Compromisso, no qual consta que o município se compromete a executar os indicadores de acompanhamento.

## 3 - MATRIZ DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

A Matriz dos Pontos de Atenção foi fundamental, pois identifica os serviços e ações necessárias à atenção à gestante e à criança até um ano de vida, demonstrada abaixo:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE			TERRITÓRIO SANITÁRIO	
Atenção Terciária à Saúde	Hospital de Alto Risco	Casa de apoio à Gestante	Unidade de Internação Pediátrica Especializada	Macrorregião de Saúde	
			UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica, UCINCa e UCINCo		
Atenção Secundária à Saúde	Hospital de Risco Habitual e Intermediário	Centro Mãe Paranaense (gestante e criança de risco)	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde	
			UTI Pediátrica, UTI e UCI Neonatal		
	Hospital de Risco Habitual				
Atenção Primária à Saúde	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)			Município	Município
	Unidade de Atenção Primária (UAP)			Área de abrangência	
	Domicílio (ACS)			Microárea	

FONTE: SESA/SAS/SGS.



### 3.1 - COMPETÊNCIA MUNICIPAL COMPETE À UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAP)

A equipe da UAP é responsável pela assistência à gestante e às crianças residentes na sua área de abrangência e deve:

- Inscrever as gestantes no pré-natal e cadastrá-las no E-SUS, SISPRENATAL WEB;
- Vincular as gestantes ao hospital/maternidade, de acordo com sua estratificação de risco;
- Solicitar os exames de rotina da Rede Mãe Paranaense e agendar consultas médicas em 7 (sete) dias para avaliação dos resultados;
- Realizar as consultas de pré-natal conforme cronograma, avaliando em cada consulta possíveis alterações e mudança na estratificação de risco;
- Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso;
- Imunizar as gestantes conforme protocolo;
- Encaminhar e monitorar as gestantes de risco para o ambulatório de referência (Centro Mãe Paranaense) para gestação de Risco Intermediário e Alto Risco;
- Garantir no mínimo 7 (sete) consultas de pré-natal e 1 (uma) no puerpério;
- Imunizar as crianças conforme calendário de vacinação;
- Encaminhar as crianças menores de 1 (um) ano estratificadas como Risco Intermediário e Alto Risco para o Centro Mãe Paranaense e/ou ambulatório de referência, conforme o protocolo.

### 3.2 - COMPETE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

- Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidado especial;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UAP para a inscrição no pré-natal;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante por meio de visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco;
- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não comparecem à UAP para o seu acompanhamento;



- Captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram altas hospitalares;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo – ACS “Amigo do Peito”;
- Garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando à equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de risco de violência.

### 3.3 - COMPETE À EQUIPE DE SAÚDE

- Conhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade coletados no cadastramento;
- Acompanhar as famílias da microárea de risco em suas casas (visita domiciliar), na UAP (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias e auxiliando na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
- Estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas priorizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- Identificar a presença de fatores de risco para a gestante e o feto, por meio dos antecedentes familiares e pessoais, com as famílias das microáreas definidas como risco social;
- Cadastrar a gestante o mais precocemente possível e alimentar o E-SUS, SISPRENATAL WEB por ocasião das consultas de pré-natal;
- Marcar consulta de avaliação com a Equipe de Saúde Bucal;
- Manter a carteira da gestante preenchida com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos, quando existirem. Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar. Assim, a gestante deve ser orientada a estar sempre portando a sua carteira;
- Realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia e agendar consulta na UAP;
- Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea;



- Assistir as gestantes, puérperas e crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco;
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias, incluindo consulta odontológica para o bebê;
- Registrar na carteira da criança todos os dados necessários para o seu acompanhamento relacionado ao desenvolvimento, intercorrências e procedimentos realizados até os 5 (cinco) anos de idade. O início do preenchimento será na atenção hospitalar, quando todas as informações sobre o parto e o nascimento serão registradas e entregue à mãe. A mãe deve ser orientada para portar a carteira da criança sempre que se direcionar a qualquer serviço de atenção à saúde;
- Acompanhar a criança de risco até um ano de vida;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar os indicadores específicos e relativos à área de abrangência da UAP e que constam do Painel de Bordo.

#### 4 - FLUXO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Unidade de Atenção Primária (UAP) que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada para realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada pela Atenção Primária à Saúde, que pode ser pelo Agente Comunitário de Saúde, pela Equipe de Saúde da Família ou pela UBS. O ideal é que seja realizada antes do final do 3º mês de gestação.

Para mulheres que procuram a UAP, com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a contar da data da última menstruação, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo profissional médico ou enfermeiro da UAP. Será realizado o Teste Imunológico para Gravidez TIG (urina) e/ou Gonadotrofina Coriônica Humana, Beta HCG e também está disponível o teste rápido para gravidez adquirido pelo município.

Após confirmação da gravidez, dá-se início ao cadastramento no E-SUS, SISPRENATAL WEB para acompanhamento da gestante. Identifica-se o risco e a respectiva vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto. É importante que o pai/parceiro acompanhe a gestante no pré-natal.



#### Passos para cadastramento

- Preencher ou atualizar cadastro no E-SUS com os dados da gestante;
- Cadastrar a gestante no SISPRENATAL WEB.

Nesse momento, a gestante e o acompanhante devem receber as orientações necessárias ao acompanhamento que será realizado no pré-natal, como:

- A carteira da gestante, com identificação preenchida, número do cartão SUS, do SISPRENATAL WEB, hospital de referência para a realização do parto e o calendário das consultas de pré-natal;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina.

#### Vinculação da gestante ao serviço hospitalar

No momento do cadastramento a gestante deverá ser vinculada ao serviço hospitalar, que é a referência da Unidade/Município, para o parto, de acordo com a estratificação de risco gestacional, devendo ser observados os seguintes cuidados:

- Anotar na Carteira da Gestante o nome do hospital de referência para a realização do parto, endereço e telefone;
- Orientar a gestante a se dirigir a esse serviço quando apresentar intercorrências clínicas e a UAP estiver fechada, e nos primeiros sinais de parto;
- Programar visita guiada ao hospital vinculado, com acompanhante, até o 6º mês de gestação.

#### Consultas

O cadastramento já conta como primeira consulta. No mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina.

A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo 7 (sete) consultas durante a gravidez e 1 (uma) no puerpério, sendo 8 (oito) consultas para o atendimento à gestante na seguinte distribuição:

- 2 (duas) no primeiro trimestre;
- 2 (duas) no segundo trimestre;
- 3 (três) no terceiro trimestre da gestação;
- 1 (uma) no puerpério.



## Procedimentos que devem ser realizados

- História clínica;
- Anamnese;
- Preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL WEB e Preenchimento do E-SUS;
- Exame Físico: geral e ginecológico/obstétrico;
- Solicitação de exames laboratoriais listados a seguir;
- Orientação, avaliação dietética e prescrição, conforme Linha Guia do Mãe Paranaense, de acordo com a necessidade.

## Exames da Rotina Pré-natal Recomendados

### QUADRO 1 – Exames da rotina pré-natal recomendados na Rede Mãe Paranaense

Exames	1º Trimestre 1ª Consulta	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste rápido de gravidez	X		
Teste rápido para HIV* ou pesquisa de anticorpos anti-HIV1 + HIV 2 (Elisa)	X	X	X
Teste rápido para sífilis (teste treponêmico)	X	X	X
VDRL* (teste não treponêmico)	X	X	X
FTA-ABS ou CMIA (testes treponêmicos)	X	X	X
Teste rápido de proteinúria	A critério médico		
Triagem sanguínea (grupos ABO, Fator Rh)	X		
Eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha)	X		
Hemoglobina e Hematócrito	X	X	X

Cultura de urina (urocultura)	X	X	X
Urina I	X		
Cultura de Bactérias	A critério médico	A critério médico	A critério médico
Dosagem de glicose	X		
Teste oral de tolerância à glicose		X (entre 24 – 28 semanas)	
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG)	X		
Ultrassonografia obstétrica	X	X	
Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora	X		
Toxoplasmose (IgG e IgM)	X	X	X
Teste de avidade de IgG para toxoplasmose***	***	***	***
Teste indireto de aglutinação humana (TIA) (COBS indireto)****	X		
Parasitológico de fezes	X		
Pesquisa para hormônio tireoestimulante - TSH	X		

Nota:

\* O VDRL, com triagem para sífilis, deve ser realizado apenas em municípios que não dispõe de teste rápido, pois este exame apresenta risco de resultado falso negativo.

\*\* O FTA-Abs e o CMIA são testes que devem ser realizados para confirmação de resultados reagentes do teste rápido e de VDRL ou, ainda, podem substituir o teste rápido.

\*\*\* Este exame deve ser realizado, em caso de IgG e IgM reagentes para toxoplasmose, preferencialmente na mesma amostra de sangue da 1ª coleta e antes da 16ª semana de gestação.

\*\*\*\* Se o Coombs indireto quando testado no 3º trimestre fazer Imunoglobulina Anti Rh.



## Relação de exames complementares

- Exame Odontológico, preferencialmente no 1º trimestre;
- Ecografia Obstétrica: realizar o 2º exame entre 26 – 28 semanas de gestação, repetir na presença de intercorrências;
- Exame para detecção de Tuberculose para gestante HIV positivo.

## Hora do parto

Quando chegar a hora do parto, orientar a gestante a procurar o serviço de referência para o parto. O deslocamento até o serviço de referência poderá ser realizado por meio de:

- Ambulância do município;
- SAMU;
- Veículo particular;
- Transporte público.

Obs.: Caso a gestante resida em local de difícil acesso, que dificulte o seu deslocamento para o serviço de referência, recomenda-se o seu encaminhamento para uma Casa de Apoio à Gestante, próxima ao serviço a que ela está vinculada, quando da proximidade da data esperada para o parto.

**A gestante de risco que reside em município diferente a sua vinculação para o parto, a equipe de saúde deve estar preparada e programada para auxiliar o deslocamento da gestante até o hospital de referência utilizando veículo do transporte sanitário.**

## O puerpério

- A Equipe de Atenção Primária à Saúde deverá realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento (até o 5º dia), para acompanhamento da puérpera e da criança;



- Será realizada 1 (uma) consulta no puerpério, na primeira semana pós-parto. A mulher deve ter acesso garantido às ações do planejamento familiar;
- Deverá ser estimulado o aleitamento materno;
- Pacientes com abortamento e com interrupção prematura de gestação também devem ser acompanhadas na unidade de saúde de referência;
- Dar baixa no SISPRENATAL WEB.

## 5 - FLUXO DA CRIANÇA NA APS

A continuidade dos cuidados após a alta hospitalar da criança é necessária, sendo que este processo se dá com a entrega da Carteira de Saúde da Criança com todas as informações sobre o nascimento e intercorrências neonatais para ciência da Unidade de Atenção Primária (UAP) e do serviço especializado ou Centro Mãe Paranaense, caso necessário.

Também o hospital/maternidade deverá comunicar à equipe de saúde da UAP que abrange a área de residência da família, sobre as condições de saúde do binômio mãe e filho e a estratificação de risco para se programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto.

**A estratificação de risco da criança é uma avaliação dinâmica que deve ser realizada obrigatoriamente desde a alta hospitalar até todo o 1º ano de vida, durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.**

**Tanto a visita domiciliar quanto a demanda espontânea na UAP são oportunidades para captação e inscrição da criança no seguimento do 1º ano de vida.**

## Visita domiciliar até o 5º dia após o parto

O período neonatal precoce (primeira semana de vida) representa um período de grande vulnerabilidade para o recém-nascido, portanto, a atenção à saúde da criança deve ser voltada para a identificação e enfrentamento dos principais problemas e condutas preventivas, a fim de garantir o seu adequado crescimento e desenvolvimento.



Até o 5º dia de vida, a equipe da UAP avalia as condições de saúde da criança e da mãe realizando as ações descritas a seguir:

- Observar o estado geral da mãe;
- Verificar o estado geral da criança e sinais de alerta que indicam perigo à saúde da criança e necessidade urgente de encaminhamento a atendimento médico;
- Orientar sobre o aleitamento materno;
- Orientar cuidados de higiene e com o coto umbilical;
- Orientar sobre a consulta do puerpério e de acompanhamento da criança na UAP, que deverá ser até o 10º dia após o parto. Se possível agendar as consultas para a mãe e o seu filho, na mesma data e período. Estimular a participação do pai;
- Avaliar a Carteira de Saúde da Criança quanto às condições de nascimento, intercorrências hospitalares, realização/agendamento dos Testes de Triagem Neonatal (Pezinho, Olhinho, Orelhinha e Coraçãozinho) e aplicação da vacina Hepatite B ao nascer;
- Atualizar os dados no sistema de informação vigente.

## Acompanhamento

O vínculo entre a equipe da UAP e a família para o acompanhamento da criança deve preferencialmente ser iniciado desde o pré-natal para que a continuidade seja estabelecida.

A puericultura que é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da atenção integral à saúde da criança, com o registro sistemático na Carteira de Saúde da Criança das curvas de peso, comprimento, perímetro cefálico, índice de massa corporal, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, intercorrências, vacinação, orientações no cuidado (alimentação, higiene e prevenção de acidentes) e identificação de violência.



O acompanhamento odontológico deve ser programado mesmo antes da primeira dentição, com o objetivo de prevenir e controlar a cárie.

**Todo atendimento na UAP deve ser registrado no prontuário e na Carteira de Saúde da Criança.**

O cronograma de consultas, prevê acompanhamento obrigatório e com maior frequência no **1º ano de vida**, independente da estratificação de risco, composto de no **mínimo 8 consultas**:

<b>Mensal até o 6º mês</b>
<b>Trimestral do 6º ao 12º mês</b>
Semestral do 12º ao 24º mês
Anual a partir do 3º ano de vida

O planejamento do cronograma de consultas deve ser individualizado. A criança estratificada como risco intermediário deve ser identificada pela equipe da UAP e a rotina de acompanhamento deve ser estabelecida a partir da necessidade determinada pelo risco apresentado. **A avaliação pela equipe do Centro Mãe Paranaense poderá ser solicitada pela UAP, na dependência do que se observe durante a puericultura.**

A criança estratificada como alto risco deve ser vinculada à UAP em que a família está cadastrada, onde a equipe deve em paralelo realizar o seguimento, tendo ciência de toda programação do acompanhamento que a criança é submetida em ambulatório especializado ou no Centro Mãe Paranaense.

**A equipe da UAP deve acolher as crianças da puericultura sempre que houver intercorrências, independente do agendamento de consultas.**

## Infecções congênitas

A Nota Técnica Conjunta nº 03/2017 SESA/SAS/SVS estabelece os procedimentos integrados da vigilância e da atenção à saúde na identificação no pré-natal, parto, puerpério e na puericultura de complicações relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas.



Até 2015, os patógenos mais frequentemente relacionados às infecções uterinas eram a bactéria *Treponema pallidum* que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii* que causa a toxoplasmose (TO) e o vírus da rubéola (R), citomegalovírus (C), vírus herpes simplex (H), compondo o acrônimo STORCH. Este foi ampliado para STORCH+ZIKA, devido à possibilidade de Síndrome Congênita do Vírus Zika, onde ocorre alterações do Sistema Nervoso Central (SNC).

Na Atenção Básica é fundamental a assistência integral das gestantes e crianças notificadas, descrita no manual do MS/SVS "Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional", publicado em 2017.

**O seguimento e monitoramento da criança com alteração do SNC deverá ser realizado até os 5 anos de idade.**

Recomenda-se que o acompanhamento seja iniciado ainda durante a gestação, assim que houver a confirmação da infecção pelo vírus Zika na gestante, e a puericultura seja mantida pela equipe da UAP até, pelo menos, os 3 anos de vida da criança, mesmo que não se evidencie alterações devido à possibilidade de manifestações tardias.

### Busca de faltosos

A equipe da UAP deverá realizar visita às crianças faltosas e reagendar a consulta com prioridade. Caso a falta seja por motivo de internamento da criança, a equipe deve entrar em contato com o hospital para solicitar o relatório do internamento e programar a consulta após a alta.

### Situações de risco

Da mesma forma que as gestantes, é necessário estratificar (conforme estratificação de risco página 44) o risco das crianças após o nascimento para garantir o cuidado mais intensivo às crianças de risco que têm maior probabilidade de adoecer e morrer.

### Observações:

- Atentar que para a mãe soro positiva é contra-indicado o Aleitamento Materno;
- Prestar atenção especial às crianças cujas condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 (cinco) anos na família, recém-nascido de mãe adolescente ou com baixa instrução;
- A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto de puericultura e vacinação.



## 6 - ATENÇÃO SECUNDÁRIA/CENTRO MÃE PARANAENSE

O Centro Mãe Paranaense é um ponto de atenção secundário ambulatorial da Rede Mãe Paranaense que oferece atendimento por equipe multidisciplinar para a gestante e criança estratificada como de Alto Risco ou Risco Intermediário, conforme estabelecido na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense.

A equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense realiza atendimentos e orientações, complementando as ações desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária. O perfil demográfico e epidemiológico da população da área de abrangência do Centro Mãe Paranaense definirá a necessidade de atenção para as gestantes e crianças da região. Portanto, torna-se imprescindível no primeiro momento conhecer a sua população com suas características singulares, como as doenças específicas da gestação e da criança, prevalentes nesse território de atuação. Outra questão importante é conhecer as características das gestantes e crianças consideradas de Risco Intermediário que não apresentam especificamente uma doença, mas possuem fatores raciais, étnicos, educacionais, reprodutivos e de faixa etária e que caracterizam um risco maior de adoecer e morrer.

O Risco Intermediário na gestante e na criança requer que as equipes da Atenção Primária tenham um olhar e cuidado diferenciado e, na Atenção Secundária Ambulatorial, uma atenção especializada sempre que necessária e referenciada pela Atenção Primária.

### Definição do Modelo de Atenção à Saúde

A gestação e o desenvolvimento da criança são condições crônicas. A Secretaria de Estado da Saúde (SESA) estabeleceu como estratégia de organização de uma adequada atenção à saúde a essas condições a implantação da Rede Mãe Paranaense.

Na Atenção Primária à Saúde, a Rede Mãe Paranaense estabeleceu a estratificação de risco (Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco) e, a partir dessa identificação, oferece o atendimento nos diversos níveis de atenção, tanto para a gestante quanto para a criança até um ano de vida. Assim, as gestantes e crianças consideradas de Risco Intermediário e Alto Risco serão encaminhadas para os serviços secundários ambulatoriais, segundo a constituição da Rede na região e/ou macrorregião e, dependendo do caso, para uma referência estadual. O modelo de Atenção para o nível Secundário Ambulatorial é o da integralidade, em que a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional, de diagnóstico e terapêutico ofertados. Nesse modelo estarão disponíveis profissionais como: Obstetras, Pediatras, Cirurgiões Pediatras, Endocrinologistas, Nefrologistas, Cardiologistas, Nutricionistas, Enfermeiros (preferencialmente Enfermeiros Obstétricos), Farmacêuticos, Psicólogos, Assistentes Sociais, entre outros.





## Princípios da Atenção Secundária Ambulatorial

O território da Atenção Secundária Ambulatorial para a Rede Mãe Paranaense são as 22 Regionais de Saúde, que devem prever e organizar, no mínimo, um serviço para atendimento à gestante de Alto Risco e de Risco Intermediário, que pode estar localizado em um ambulatório do Hospital de Referência à Gestante de Alto Risco e Risco Intermediário e/ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Para o recém-nascido (RN) e criança identificada na estratificação de risco como risco Intermediário e Alto Risco, também está previsto atenção multiprofissional em um ambulatório no Hospital de Referência à Gestante de Alto Risco e Risco Intermediário e/ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Nessa organização deve-se levar em conta primeiro a garantia de acesso, a qualidade do serviço na perspectiva de atenção multiprofissional, respeitando os aspectos culturais de utilização dos serviços e sempre voltados para a atenção humanizada da gestante e da criança. O acesso deverá ocorrer mediante o agendamento pelo sistema de regulação.

Os Sistemas de Informações oficiais é o E-SUS e SISPRENATAL WEB, e a gestante, quando encaminhada pela Atenção Primária, tem o número do cartão SUS e o número do SISPRENATAL WEB registrados na carteira da gestante. As carteiras da gestante e da criança serão preenchidas inicialmente na Unidade de Saúde e Hospital/Maternidade onde a criança nascer e, a cada consulta na atenção Secundária Ambulatorial, serão atualizadas com dados de procedimentos e orientações realizados. Também o SISPRENATAL WEB deve ser atualizado e finalizado por ocasião da consulta puerperal.

Para o Risco Intermediário, é necessário planejar, para a gestante referenciada pela Atenção Primária, uma consulta individual no primeiro trimestre, para avaliação. Caso seja necessário, a equipe multiprofissional deverá agendar novos atendimentos conforme a necessidade. A gestante de Alto Risco poderá ser encaminhada tanto para o hospital de referência de Alto Risco quanto para o Centro Mãe Paranaense, dependendo da configuração da Rede Mãe Paranaense na região. São previstas cinco consultas para gestação de Alto Risco, durante o período da gestação.

Para a criança de Alto Risco é necessário planejar quatro atendimentos multiprofissional até a criança completar um ano e um atendimento trimestral em grupo e por equipe multiprofissional. Para a criança estratificada como de Risco Intermediário, encaminhada pela Atenção Primária, estão previstas três consultas pela equipe multiprofissional.



## Compete ao Centro Mãe Paranaense

### Estrutura:

- Consultório obstétrico completo com Doptone e Cardiotocógrafo;
- Consultório pediátrico;
- Exames diagnósticos disponíveis, conforme tabela a seguir;
- Multiprofissionais para o atendimento, tais como: médicos com as seguintes especialidades: Obstetras, Pediatras, Cirurgiões Pediatras, Endocrinologistas, Nefrologistas, Cardiologistas, Nutricionistas, Enfermeiros (preferencialmente Enfermeiros Obstétricos), Farmacêuticos, Psicólogos, Assistentes Sociais, entre outros.

Garantir exames para gestantes e crianças de Alto Risco e Risco Intermediário no quantitativo especificado a seguir:

Exames	Quantitativo mínimo liberado
Urina I (EAS)	1 exame por trimestre de gestação
Urocultura	1 exame por trimestre de gestação
VDRL para detecção da Sífilis	1 exame por trimestre de gestação
Hematócrito	2 exames
Dosagem de Hemoglobina	2 exames
Dosagem de Glicose	1 exame por trimestre de gestação
Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus de Hepatite B (HBs Ag)	1 exame
Pesquisa de Anti-HBC IgG e IgM	1 exame conforme critério médico



Pesquisa de Anticorpo Anti-HIV1 + HIV2 (ELISA)	2 exames (podendo ser substituído pelo teste rápido, quando disponível)
Sorologia para Toxoplasmose IgG e IgM	1 exame (repetir por trimestre se a gestante for suscetível)
Prova de Aidez para IgG	Quando necessário
Ultrassonografia Obstétrica	3 exames (1 por trimestre de gestação)
Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	Quando necessário
Determinação da Curva Glicêmica	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Proteínas (urina 24 h)	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Ureia	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Creatinina	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Ácido Úrico	1 exame conforme critério médico
Desidrogenase Láctica LDH	1 exame conforme critério médico
ECG	1 exame conforme critério médico
Contagem de Plaquetas	1 exame conforme critério médico
US obstétrico c/ Doppler	1 exame conforme critério médico
Tocardiografia anteparto	1 exame conforme critério médico

**Também para o Nível Secundário contamos com os hospitais em condições de atender a gestante e a criança de Risco Habitual e Risco Intermediário.**



## Equipe Multiprofissional do Centro Mãe Paranaense

### Gestantes e Crianças de Alto Risco:

Atividades	Gestantes		Crianças	
Procedimentos	Profissionais	Número de atendimento previsto	Profissionais	Número de atendimento previsto
Consultas e atendimentos	Obstetras Enfermeiros Farmacêuticos Nutrição Serviço Social Outros	5 (cinco) atendimentos multiprofissional durante o período gestacional	Pediatras Enfermeiros Fisioterapeutas Nutrição Serviço Social Outros	4 (quatro) atendimentos multiprofissional até 1 (um) ano devida
Atividades educativas em grupo	Serão conduzidas por profissional de nível superior	2 (duas) atividades educativas	Serão conduzidas por profissional de nível superior	
Procedimentos diagnósticos	Garantir os procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado e para o crescimento e desenvolvimento da criança até 1 (um) ano			

### Gestantes e Crianças de Risco Intermediário:

Atividades	Gestantes		Crianças	
Procedimentos	Profissionais	Número de atendimento previsto	Profissionais	Número de atendimento previsto
Consultas e Atendimentos	Obstetras Enfermeiros Farmacêuticos Nutrição Serviço Social Outros	1 (um) atendimento multiprofissional durante o período gestacional	Pediatras Enfermeiros Fisioterapeutas Nutrição Serviço Social Outros	3 (três) atendimentos multiprofissional até 1 (um) ano de vida
Atividades educativas em grupo	Serão conduzidas por profissional de nível superior	2 (duas) atividades educativas	Serão conduzidas por profissional de nível superior	
Procedimentos diagnósticos	Garantir os procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado e para o crescimento e desenvolvimento da criança até 1 (um) ano			

### 7 - ATENÇÃO HOSPITALAR – NÍVEL SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO

Quando chega a hora do parto, a gestante procura o serviço de referência para o parto ao qual foi vinculada durante a realização do pré-natal. Compete aos serviços de Atenção Hospitalar receber a gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico realizar o parto, atender o recém-nato, realizar os testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho, completar a Carteira da Gestante, preencher a Carteira da Criança, dar alta e encaminhar orientações para Atenção Primária à Saúde (APS).

Para esse nível de atenção, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) estabeleceu uma tipologia para os hospitais que atendem a gestante de Risco Habitual, a de Risco Intermediário e a de Alto Risco.

A definição da tipologia dos hospitais permitiu a identificação entre os hospitais que prestavam atendimentos obstétricos no Estado e as instituições aptas a atender com qualidade as gestantes. Abaixo os requisitos necessários para que os hospitais façam parte da Rede Mãe Paranaense.

#### HOSPITAIS/MATERNIDADES:

##### Hospital de Risco Habitual

- Receber todas as gestantes vinculadas pela Atenção Primária para atender as intercorrências durante a gestação e a realização do parto;
- Dispor de no mínimo 50 leitos totais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Dispor de médico e enfermeira 24 horas do dia com nome e carga horária cadastrados no CNES;
- Realizar no mínimo 120 partos/ano, este número poderá ser menor desde que atenda a necessidade de parto da região, mediante aprovação, análise e deliberação da CIB Regional, considerando como fator de análise dos últimos quatro anos quanto à taxa de mortalidade materno, mortalidade infantil, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes atendidas, condições físicas, técnica (equipe atuante), condições sanitárias;
- Manter escala de trabalho do serviço atualizado mensalmente e enviar à Regional de Saúde até o 5º dia útil do mês corrente, organizada no sentido de garantir a presença dos profissionais nas 24 horas do dia;



- Apresentar um quantitativo de ao menos 120 partos/ano, tendo como base de dado o SINASC;
- Adotar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde e as recomendações emitidas pela SESA/PR;
- Garantir acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto;
- Possuir plano de ação para qualificação de atenção à gestante, tendo como objetivo a redução da taxa de cesárea para percentuais abaixo de 38% do total de partos ocorridos no estabelecimento;
- Apresentar em prontuário acompanhamento por partograma em 100% das gestantes;
- Apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” do Ministério da Saúde;
- Desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais;
- Fornecer ações, orientações de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento à consulta de puerpério e puericultura após alta;
- Garantir o correto preenchimento das Declarações de nascimento e atestado de óbitos;
- Atender às exigências de infraestrutura, processo e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde;
- Realizar teste rápido de HIV e Sífilis em 100% das parturientes e situações de abortamentos;
- Possuir comissão interna de prevenção de mortalidade materna e infantil;
- Alimentar e atualizar todos os sistemas de informações;
- Implantar e manter as ações do protocolo do parto seguro, de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.



### Hospital de Risco Intermediário

- Receber todas as gestantes vinculadas pela Atenção Primária/Ambulatório e/ou Centro Mãe Paranaense para atender as intercorrências durante a gestação e a realização do parto;
- Dispor de no mínimo 100 leitos totais cadastrados no CNES;
- Dispor de médico obstetra, pediatra, anestesista e enfermeira 24 horas do dia com nome e carga horária cadastrados no CNES;
- Realizar pelo menos 250 partos/ano. Este número poderá ser menor desde que atenda a necessidade de parto da região, mediante aprovação, análise e deliberação da CIB Regional, considerando como fator de análise dos últimos quatro anos quanto à taxa de mortalidade materno, mortalidade infantil, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes atendidas, condições físicas, técnica (equipe atuante), condições sanitárias;
- Manter escala de trabalho do serviço atualizado mensalmente e enviar à Regional de Saúde até o 5º dia útil do mês corrente, organizada no sentido de garantir a presença dos profissionais nas 24 horas do dia;
- Apresentar um quantitativo de ao menos 250 partos/ano, tendo como base de dado o SINASC;
- Adotar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde e as recomendações emitidas pela SESA/PR;
- Garantir acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto;
- Possuir plano de ação para qualificação de atenção à gestante, tendo como objetivo a redução da taxa de cesárea para percentuais abaixo de 38% do total de partos ocorridos no estabelecimento;
- Exceto em casos de urgências, garantir que a cesáreas não sejam realizadas antes da 39ª semana;
- Apresentar em prontuário acompanhamento por partograma em 100% das gestantes;
- Apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” do Ministério da Saúde;





- Desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais;
- Fornecer ações, orientações de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento à consulta de puerpério e puericultura após alta;
- Garantir o correto preenchimento das Declarações de nascimento e atestado de óbitos;
- Possuir Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal;
- Possuir alojamento conjunto;
- Possuir comissão interna de prevenção da mortalidade materna e infantil;
- Atender às exigências de infraestrutura, processo e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde;
- Realizar teste rápido de HIV e Sífilis em 100% das parturientes e situações de abortamentos;
- Garantir aos recém-nascidos em risco de exposição ao HIV a profilaxia para prevenção da transmissão vertical de acordo com protocolo vigente;
- Alimentar e atualizar todos os sistemas de informações;
- Implantar e manter as ações do protocolo do parto seguro, de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

#### Hospital de Alto Risco:

- Dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e enfermeira 24 horas;
- Aderir à vinculação do parto de Alto Risco;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;



- Ofertar condições para o parto natural;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realizar a vacina contra Hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informações relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Dispor às centrais de leitos e regulação estadual o número acordado de vagas, para os municípios da sua vinculação. Na Atenção Terciária, a Rede Mãe Paranaense se organiza em pontos de atenção hospitalar nas regionais de saúde e/ou macrorregionais. Esses hospitais de alta complexidade contam com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatorios para o pré-natal de Alto Risco e garantem o atendimento da gestante de Alto Risco a eles vinculada.

#### 8 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Na organização da Rede Mãe Paranaense, verificou-se a necessidade de estabelecer a estratificação de risco para a gestante e para a criança, como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis: Atenção Primária, Secundária e Terciária.

A Secretaria de Estado da Saúde realizou estudo dos nascimentos e da mortalidade materna e infantil no período de 2006 a 2010. A partir dessa análise, foram identificadas as principais causas de óbitos e fatores de risco para a mortalidade materna e para a mortalidade infantil. Esses fatores de riscos são parecidos, mas não são iguais. Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco.

Considerando que os critérios para a estratificação da gestante e da criança de Risco Intermediário foram estabelecidos em razão do perfil de mortalidade materna e infantil no Paraná, que demonstra que fatores como raça, cor, idade da gestante/mãe, escolaridade



e ocorrência de óbitos em gestação anterior impactam a mortalidade materna e infantil, a SESA propôs a Estratificação de Risco Intermediário para as gestantes e crianças menores de um ano com esses fatores associados.

Dessa forma, é importante que a equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense ao receber essas gestantes e crianças organize o atendimento no sentido de avaliar se esses fatores contribuem na gestação ou no desenvolvimento da criança e de que forma eles podem ser reduzidos com orientações para a equipe da Atenção Primária, por meio do plano de cuidados. A agenda de possíveis retornos irá depender da avaliação da equipe do Centro Mãe Paranaense em cada situação. Os Protocolos Clínicos reconhecidos como padrão para a Rede Mãe Paranaense são os editados pelo Ministério da Saúde.

É fundamental que o Centro Mãe Paranaense elabore um Plano de Cuidados para a Atenção Primária, no qual toda a orientação de acompanhamento necessária deve ser prescrita. Esse Plano de Cuidados possibilita uma formação continuada para os profissionais da Atenção Primária, sendo a Atenção Secundária também responsável por essa formação continuada, promovendo reuniões para estudo de casos, eventos de atualização com os municípios da área de abrangência. Manter também sempre atualizado o preenchimento da carteira da gestante e da criança, registrando os procedimentos, exames e orientações realizados.

A estratificação de risco da gestante define a sua vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento das suas necessidades e intercorrências na gestação e no momento do parto. **Temos segurança ao afirmar que dois fatores são decisivos para a adequada atenção à gestante e ao seu bebê:** o primeiro é a estratificação do risco da gestante desde o início do seu pré-natal e o segundo é a vinculação dessa gestante ao hospital mais adequado. Essas duas ações estruturadas na Rede Mãe Paranaense **contribuíram para a redução da mortalidade e qualidade da atenção.**



## 8.1 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA A GESTANTE:

### RISCO HABITUAL:

São gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

### RISCO INTERMEDIÁRIO:

São gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionadas a seguir:

- Gestantes negras ou indígenas;
- Gestantes com mais de 40 anos;
- Gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
- Gestantes com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito).

### ALTO RISCO:

São gestantes que apresentam fatores de risco relacionados a seguir:

### DOENÇAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO ATUAL:

- Hipertensão arterial em tratamento;
- Dependência de drogas ilícitas;
- Cardiopatias em tratamento e/ou em acompanhamento;
- Pneumopatias em tratamento;
- Nefropatias em tratamento e/ou em acompanhamento;
- Diabetes;
- Hipertireoidismo;
- Má-formação útero/vaginal;
- Epilepsia;
- Hemopatias (exceto anemia leve e moderada, fisiológica da gestação);
- Doenças Infecciosas (considerar a situação epidemiológica local, doenças periodontal e seu impacto na gestação);
- Doenças autoimunes;
- Cirurgia útero/vaginal prévia (fora da gestação);
- Hipotireoidismo (T4L alterado ou paciente em tratamento);
- Neoplasias;
- Obesidade Mórbida;
- Cirurgia Bariátrica (com menos de 2 anos pós-operatório);
- Psicose e depressão grave;
- Dependência de drogas lícitas (tabagismo/alcoolismo) com intercorrências clínicas ou outro fator de risco materno/fetal.



### INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GESTAÇÃO ATUAL:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, HIV, toxoplasmose, sífilis, infecção por Zika Vírus, gripe por influenza, hepatites virais, outras arboviroses com repercussão fetal);
- Síndrome Hipertensiva na gestação atual;
- Gestação gemelar;
- Isoimunização Rh;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Retardo do crescimento intraútero (peso fetal estimado abaixo do percentil 10);
- Trabalho de parto prematuro;
- Amniorrexe prematuro (abaixo de 37 semanas de gestação);
- Placenta prévia;
- Sangramento de origem uterina;
- Má-formação fetal;
- Mudança abrupta na curva de IMC.

## 8.2 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA A CRIANÇA:

### RISCO HABITUAL:

São crianças que não apresentam fatores de risco ou doenças.

### RISCO INTERMEDIÁRIO:

São crianças que apresentam fatores de risco relacionados às características maternas:

- Filhos de mãe negra e/ou indígena;
- Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;
- Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
- Filhos de mães com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito);
- Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.



### ALTO RISCO:

São crianças que apresentam fatores de risco relacionados a seguir:

- Afecções Perinatais:
  - Prematuridade  $\leq 34$  semanas de idade gestacional;
  - Baixo peso ao nascer  $< 2.000g$ ;
  - Asfíxia perinatal (APGAR  $< 7$  no 5º minuto);
  - Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;
- Más-formações congênitas / Cromossopatias/ Doenças genéticas;
- Triagem Neonatal positiva;
- Doenças de transmissão vertical confirmadas (STORCH +ZIKA / HIV);
- Desnutrição grave;
- Obesidade;
- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica.

### RELEVANTE LEMBRAR QUE:

A avaliação e a estratificação de risco da gestação devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Deve ser garantido o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada à gestação de risco, conforme desenho da Rede de Atenção Mãe Paranaense.

A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de risco. Mas devem ser reforçados às gestantes o cuidado e a atenção da equipe de saúde. Vale reforçar que, mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da Unidade de Atenção Primária continua responsável pelo cuidado a ela.



As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas. Compete às equipes de Atenção Primária à Saúde o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. Nas Unidades de Atenção Primária, a gestante será informada e orientada sobre o serviço hospitalar em que fará o parto e essa informação deverá constar na carteira da gestante.

A Unidade de Atenção Primária entrará em contato com o serviço hospitalar para programar uma visita guiada, da gestante e do acompanhante, no hospital, que deverá acontecer até o 6º mês de gestação.

## 9 - PONTOS DE ATENÇÃO:

### CENTRO MÃE PARANAENSE/AMBULATÓRIOS DE ALTO RISCO: HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NA REDE MÃE PARANAENSE PARA ATENDER AS GESTANTES E CRIANÇAS.

Regional de Saúde	Consórcio/Associação/Ambulatório	Município de Localização
1ª RS	Ambulatório do Hospital Regional do Litoral	Paranaguá
2ª RS	Ambulatório do Hospital de Clínicas	Curitiba
	Ambulatório do Hospital Evangélico	Curitiba
	Ambulatório do Hospital Angelina Caron	Curitiba
	Ambulatório do Hospital Nossa Senhora do Rocio	Campo Largo
	Ambulatório do Hospital e Maternidade São José	São José dos Pinhais
	Ambulatório da Maternidade de Araucária	Araucária



3ª RS	Ambulatório do Hospital Universitário Regional Campos Gerais	Ponta Grossa
4ª RS	CIS/AMCESPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro-Sul do Paraná	Irati
5ª RS	CIS PARANÁ CENTRO – Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	Pitanga
	ASSISCOP – Associação Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Laranjeiras do Sul
	CISGAP – Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava e Pinhão	Guarapuava
	CIS – CENTRO-OESTE – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Guarapuava
6ª RS	CISVALI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	União da Vitória
7ª RS	CONIMS – Associação Intermunicipal de Saúde	Pato Branco
8ª RS	ARSS – Associação Regional de Saúde do Sudoeste	Francisco Beltrão
9ª RS	Ambulatório do Hospital Ministro Costa Cavalcante	Foz do Iguaçu
10ª RS	CISOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná	Cascavel
11ª RS	CISCONCAM – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Campo Mourão	Campo Mourão
12ª RS	Ambulatório de Alto Risco – NOROSPAR	Umuarama





<b>13ª RS</b>	CISCENOP – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Centro	Cianorte
<b>14ª RS</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS AMUNPAR	Paranavaí
<b>15ª RS</b>	CISAMUSEP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense	Maringá
	Ambulatório da Santa Casa de Maringá	Maringá
	Ambulatório do Hospital Universitário de Maringá	Maringá
<b>16ª RS</b>	CISVIR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Ivaí e Região	Apucarana
<b>17ª RS</b>	CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	Londrina
<b>18ª RS</b>	CISNOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	Cornélio Procopio
<b>19ª RS</b>	CISNORPI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	Jacarezinho
<b>20ª RS</b>	CISCOPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná	Toledo
<b>21ª RS</b>	CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais	Telêmaco Borba
<b>22ª RS</b>	CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã	Ivaiporã



### HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NA REDE MÃE PARANAENSE PARA ATENDER AS GESTANTES E CRIANÇAS.

RS	Referência para Risco Habitual	Referência para Risco Intermediário	Referência para Alto Risco
1ª RS	Hospital Municipal de Guaratuba Hospital Nossa Senhora dos Navegantes Hospital Regional do Litoral	Hospital Regional do Litoral	Hospital Regional do Litoral
2ª RS	Hospital Angelina Caron Hospital do Trabalhador Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais Hospital e Maternidade Alto Maracanã Hospital e Maternidade de Araucária Hospital Nossa Senhora Aparecida Hospital Nossa Senhora do Rocio Hospital Parolin Hospital e Maternidade São José dos Pinhais Maternidade Mater Dei Maternidade Municipal Humberto Carrano Hospital e Maternidade de Mafra	Hospital Angelina Caron Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais Hospital e Maternidade de Araucária Hospital Nossa Senhora do Rocio Hospital e Maternidade São José dos Pinhais Maternidade Mater Dei Hospital de Clínicas Hospital Evangélico de Curitiba Maternidade Municipal Humberto Carrano	Hospital Angelina Caron Hospital e Maternidade de Araucária Hospital Nossa Senhora do Rocio Hospital e Maternidade São José dos Pinhais Hospital de Clínicas Hospital Evangélico de Curitiba



3ª RS	Hospital da Cruz Vermelha de Castro Hospital Universitário Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva de Ponta Grossa Hospital Municipal de Ivaí Hospital Carolina Lupion de Jaguariaíva Hospital de Caridade de Palmeira Hospital Santo Antônio de Pirai do Sul Hospital e Maternidade Imaculada Conceição de São João do Triunfo	Hospital da Cruz Vermelha de Castro Hospital Universitário Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva de Ponta Grossa Hospital Carolina Lupion de Jaguariaíva Hospital Nossa Senhora do Rocio de Campo Largo	Hospital Nossa Senhora do Rocio de Campo Largo  Santa Casa de Ponta Grossa
4ª RS	Hospital de Caridade São Pedro Hospital São Francisco de Assis Santa Casa de Irati	Santa Casa de Irati	Santa Casa de Irati
5ª RS	Hospital Santa Clara de Candió Hospital da Caridade São Vicente de Paulo de Guarapuava Hospital São Vicente de Paulo de Pitanga Hospital Bom Jesus de Prudentópolis Santa Casa de Prudentópolis Organização São Lucas de Laranjeiras do Sul Santa Cruz de Pinhão Hospital Bom Pastor de Turvo	Hospital da Caridade São Vicente de Paulo de Guarapuava Hospital São Vicente de Paulo de Pitanga Organização São Lucas de Laranjeiras do Sul	Hospital da Caridade São Vicente de Paulo de Guarapuava  Instituto Virmonde de Guarapuava
6ª RS	APMI Hospital Municipal Dr. Regis B. Marigliani Hospital Municipal Santa Terezinha Hospital Paulo Fortes Hospital São Vicente de Paula	APMI	APMI



7ª RS	Hospital Policlínica Chopinzinho Hospital e Maternidade São Sebastião Instituto Nossa Vida Hospital São Judas Tadeu Hospital Santa Pelizzari Instituto São Lucas	Hospital Santa Pelizzari Instituto São Lucas	Instituto São Lucas
8ª RS	Hospital e Maternidade Santa Rita Fundação Hospitalar da Fronteira Hospital Pró-Vida Hospital São Francisco Casa de Saúde de Santa Izabel D'Oeste Hospital e Maternidade Santa Izabel Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira Hospital Sudoeste de Capanema Hospital de Palma Sola Hospital São Matheus Hospital Nossa Senhora das Graças Hospital Nossa Senhora de Fátima Hospital Dr. Julio Barrientos	Hospital Regional do Sudoeste	Hospital Regional do Sudoeste
9ª RS	Hospital Nossa Senhora da Luz - Medianeira Hospital e Maternidade Padre Tezza - Matelândia Hospital Ministro Costa Cavalcante de Foz do Iguaçu	Hospital Ministro Costa Cavalcante de Foz do Iguaçu	Hospital Ministro Costa Cavalcante de Foz do Iguaçu



10ª RS	Hospital Dr. Aurélio Hospital Santo Antônio Hospital Municipal de Quedas do Iguaçu Hospital Santa Izabel Hospital e Maternidade Jesuítas Hospital Municipal Três Barras Hospital São Lucas Hospital Universitário de Cascavel	Hospital São Lucas  Hospital Universitário de Cascavel	Hospital São Lucas  Hospital Universitário de Cascavel
11ª RS	Hospital Municipal São Luiz Casa de Saúde de Araruna Hospital Municipal Arnaldo Coneglian Hosp. e Mat. Nossa Senhora das Graças Hospital Nossa Senhora Mãe de Deus Hospital Santa Casa de Misericórdia Hospital Municipal Alvadi Monteceli Hospital Santa Casa de Ubatã Hospital Municipal de Roncador Hospital Irm. de Santa Casa São Vicente de Paula Hospital Municipal Santa Rosa de Lima Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão  Hospital Municipal São Judas Tadeu  Hospital Santa Casa de Goioerê  Hospital Santa Casa de Ubatã	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão
12ª RS	Hospital Municipal de Cruzeiro do Oeste Hospital Municipal Cyro Silveira Hospital Municipal São Jorge do Patrocínio Hospital Municipal de Altônia Norospar	Norospar	Norospar
13ª RS	Hospital São Paulo	Hospital São Paulo	Hospital São Paulo



14ª RS	Hospital Municipal Setembrino Zago Hospital Nossa Senhora dos Navegantes Hospital Municipal Cristo Redentor Hospital Municipal Leonor Calegari Bovis Hospital Municipal Santa Rita de Cássia Santa Casa de Paranavaí	Santa Casa de Paranavaí	Santa Casa de Paranavaí
15ª RS	Hospital Municipal Sagrado Coração de Jesus Sociedade Beneficente Cristo Rei Hospital Santa Clara Hospital Regional Cristo Rei Hospital Metropolitano de Sarandi Hospital Universitário Regional de Maringá Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	Hospital Municipal Sagrado Coração de Jesus Sociedade Beneficente Cristo Rei Hospital Santa Clara Hospital Regional Cristo Rei Hospital Metropolitano de Sarandi Hospital Universitário Regional de Maringá Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	Hospital Metropolitano de Sarandi Hospital Universitário Regional de Maringá Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora
16ª RS	Hospital Municipal de Kaloré Santa Casa de Misericórdia de São Pedro do Ivaí Santa Casa de Arapongas Hospital Municipal Victor de Souza Pinto de Grandes Rios Hospital Municipal de Faxinal Hospital Nossa Senhora de Fátima de Jandaia do Sul Hospital da Providência Materno-infantil de Arapongas	Hospital Municipal de Kaloré Santa Casa de Misericórdia de São Pedro do Ivaí Santa Casa de Arapongas Hospital Municipal Victor de Souza Pinto de Grandes Rios Hospital Municipal de Faxinal Hospital Nossa Senhora de Fátima de Jandaia do Sul Hospital da Providência Materno-infantil de Arapongas	Hospital da Providência Materno-infantil de Arapongas



17ª RS	Hospital Cristo Rei de Ibiporã Hospital São Jorge Hospital São Rafael de Rolândia Maternidade Municipal Lucilla Ballalai Santa Casa de Cambé	Hospital Cristo Rei de Ibiporã Hospital São Jorge Hospital São Rafael de Rolândia Maternidade Municipal Lucilla Ballalai Santa Casa de Cambé	Hospital Evangélico de Londrina Hospital Universitário de Londrina
18ª RS	Hospital e Maternidade Ribeirão do Pinhal Santa Casa de Bandeirantes Sociedade Beneficente de Andará Santa Casa de Cornélio Procopio	Santa Casa de Bandeirantes Santa Casa de Cornélio Procopio	Santa Casa de Cornélio Procopio
19ª RS	Hospital Regional do Norte Pioneiro de Santo Antônio da Platina	Hospital Regional do Norte Pioneiro de Santo Antônio da Platina	Hospital Regional do Norte Pioneiro de Santo Antônio da Platina
20ª RS	Hospital Municipal Dr. Cruzatti de Marechal Cândido Rondon Hospital Beneficente Assisteguaíra de Guaíra Hospital Municipal Menino Jesus de Diamante do Oeste Hospital Beneficente Moacir Miqueleto de Assis Chateaubriand	Hospital Municipal Prefeito Quinto Abrão de Lazari de Palotina	Hospital Bom Jesus de Toledo



21ª RS	Instituto Dr. Feitosa de Telêmaco Borba	Instituto Dr. Feitosa de Telêmaco Borba	Hospital Nossa Senhora do Rocio
22ª RS	Hospital de Jardim Alegre Hospital e Maternidade de Santa Maria do Oeste Hospital Santo Antônio Hospital Municipal São Francisco de Assis Hospital São João do Ivaí II Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Rosário Instituto de Saúde Bom Jesus de Ivaiporã Hospital Municipal Dr. Antônio Peitrobon São Vicente de Paula de Pitanga (5ª RS) Hospital São João do Ivaí Instituto de Saúde Lucena Sanchez	Instituto de Saúde Lucena Sanchez	Instituto de Saúde Bom Jesus de Ivaiporã

Obs.: Os Pontos de Atenção Hospitalar serão atualizados constantemente na página da SESA/Rede Mãe Paranaense ([www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br)) conforme dinâmica de contratualização.

**Os hospitais e maternidades para atender as gestantes e crianças de Alto Risco fazem parte do HOSPSUS, uma ação do Governo do Estado/Secretaria da Saúde para qualificar o atendimento Materno-infantil de Alto Risco.**

**Os hospitais e maternidades que atendem gestantes e crianças de Risco Habitual e Intermediário cumpriram os critérios e exigências estabelecidos no chamamento público publicado em 2017.**



## 10 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

### 10.1 - OBESIDADE NA GESTAÇÃO

O diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da gestante são considerados uma parte importante e essencial durante as consultas de pré-natal, e de responsabilidade da Equipe da Atenção Primária à Saúde. O estado nutricional materno no início da gestação e o ganho de peso adequado nesse período têm importantes repercussões sobre a saúde da mãe e do bebê.

O estado nutricional da gestante deve ser determinado por meio da classificação do IMC por semana gestacional. Para isso, é necessária que na primeira consulta seja realizada a aferição do peso e da estatura da gestante, além do cálculo da semana gestacional. Estes dados fornecerão o estado nutricional atual e a previsão do ganho de peso até o final da gestação.

#### Cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) da Gestante

O cálculo do IMC por semana gestacional proporciona o diagnóstico nutricional da mulher em qualquer momento da gestação, o que pode facilitar o monitoramento do estado nutricional por meio da carteira da gestante, e permitir a identificação de possíveis riscos nutricionais e a identificação de ganho de peso excessivo para a idade gestacional.

É importante que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido (limite máximo são dois meses antes) ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Se isso não for possível, deve-se iniciar a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana de gestação.

Todas as gestantes com diagnóstico de excesso de peso devem ser consideradas de risco e receber atenção diferenciada, incluindo orientação alimentar, avaliação clínica e laboratorial específica, assim como ser referenciada para avaliação especializada com o nutricionista.

Durante a gestação, deve-se realizar a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (ex.: diabetes gestacional), observar a presença de edema, que prejudica o diagnóstico do estado nutricional, e realizar a avaliação laboratorial para diagnóstico de anemia e diabetes gestacional e de outras doenças de interesse clínico na gravidez.



Diante do diagnóstico de sobrepeso e obesidade durante a gestação, o profissional deve incluir a investigação da obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla. Durante a gestação, não é recomendada a perda de peso nem dietas de restrição calórica, pois podem afetar o crescimento e desenvolvimento fetal.

### Ganho de peso

Segundo o Institute of Medicine and National Research Council (IOM), o ganho de peso total recomendado para gestantes com sobrepeso deve ser de 7 kg a 11 kg e de 5 kg a 9 kg quando apresentam obesidade. No primeiro trimestre, o ganho de peso é menor, devendo ser entre 0,5 kg a 2 kg, contudo, para as gestantes que já se encontram com excesso de peso, o ideal é que ganhem o mínimo de peso possível nesse período. Para o segundo e o terceiro trimestres, o ganho de peso deve ser estimado por semana, assim, a recomendação do ganho de peso médio para gestantes com sobrepeso deve ser de 280 g por semana e para gestantes obesas, de 220 g por semana.

Para obter o ganho de peso da gestante, deve-se calcular o peso adquirido até o momento e quanto ela ainda deverá ganhar até o final da gestação, em função da avaliação clínica, segundo a tabela do IOM adaptada.

### 10.2 - GANHO DE PESO (KG) RECOMENDADO DURANTE A GESTAÇÃO, SEGUNDO O ESTADO NUTRICIONAL INICIAL

Estado nutricional inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e no 3º trimestre*	Ganho de peso (kg) total na gestação
Sobrepeso (S) (25 a 29,9 kg/m <sup>2</sup> )	0,28 (0,23 - 0,33)	7 - 11,5
Obesidade (O) (≥30 kg/m <sup>2</sup> )	0,22 (0,17 - 0,27)	5 - 9

Fonte: Adaptado de Institute of Medicine (US), 2009.

\*Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 e 2 kg.





Segue o quadro de avaliação do estado nutricional. Contudo, salientamos que o acompanhamento deve ser feito desde o início da gestação, para diagnóstico de obesidade, morbidade e condições clínicas.

### AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL DA GESTANTE, SEGUNDO O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC), POR SEMANA GESTACIONAL.

Semana gestacional	Baixo peso IMC <	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC >
6	19,9	20,0 24,9	25,0 30,0	30,1
8	20,1	20,2 25,0	25,1 30,1	30,2
10	20,2	20,3 25,2	25,3 30,2	30,3
11	20,3	20,4 25,3	25,4 30,3	30,4
12	20,4	20,5 25,4	25,5 30,3	30,4
13	20,6	20,7 25,6	25,7 30,4	30,5
14	20,7	20,8 25,7	25,8 30,5	30,6
15	20,8	20,9 25,8	25,9 30,6	30,7
16	21,0	21,1 25,9	26,0 30,7	30,8
17	21,1	21,2 26,0	26,1 30,8	30,9
18	21,2	21,3 26,1	26,2 30,9	31,0
19	21,4	21,5 26,2	26,3 30,9	31,0
20	21,5	21,6 26,3	26,4 31,0	31,1
21	21,7	21,8 26,4	26,5 31,1	31,2
22	21,8	21,9 26,6	26,7 31,2	31,3
23	22,0	22,1 26,8	26,9 31,3	31,4
24	22,2	22,3 26,9	27,0 31,5	31,6
25	22,4	22,5 27,0	27,1 31,6	31,7
26	22,6	22,7 27,2	27,3 31,7	31,8
27	22,7	22,8 27,3	27,4 31,8	31,9
28	22,9	23,0 27,5	27,6 31,9	32,0
29	23,1	23,2 27,6	27,7 32,0	32,1
30	23,3	23,4 27,8	27,9 32,1	32,2
31	23,4	23,5 27,9	28,0 32,2	32,3
32	23,6	23,7 28,0	28,1 32,3	32,4
33	23,8	23,9 28,1	28,2 32,4	32,5
34	23,9	24,0 28,3	28,4 32,5	32,6
35	24,1	24,2 28,4	28,5 32,6	32,7



36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

Fonte: ATALAH et al., 1997.

### 11 - RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO:

#### Incidência: 5 a 10% das gestações

1. Aumento da morbimortalidade fetal no período perinatal por sofrimento fetal agudo e óbito fetal intrauterino.
2. Permitir diagnósticos diferenciais das infecções congênitas de outras situações patogênicas de restrição de crescimento fetal como a insuficiência placentária de etiologia multifatorial.

Diagnóstico: Avaliação de peso fetal estimado. Considerando-se as variáveis biométricas: diâmetro bi-parital, circunferência cefálica, circunferência abdominal e fêmur como determinantes do peso estimado fetal, o peso fetal abaixo do 10º percentil para a idade gestacional com dateamento ocorrido por ultrassonografia de 1º trimestre até 12 a 14 semanas de gestação por avaliação do comprimento cabeça – nádega. O peso fetal estimado para uma determinada idade gestacional deve estar entre o 10º e o 90º percentil para se considerar crescimento fetal normal, tendo como referencial o referido exame ultrassonográfico de 1º trimestre, considerando curva padrão de crescimento de peso fetal.

A mais utilizada é a de Haddlock. Caso o peso fetal estimado esteja abaixo do percentil 10 para um exame de ultrassonografia numa determinada data, comparada ao peso estimado esperado para esta data, está diagnosticado a RCIU. Considera-se um caso grave se o peso fetal estimado estiver abaixo do percentil 3, a RCIU é muito grave e deve ser encaminhada urgentemente ao serviço de referência de urgência e emergência ou a referência de alto risco caso a mesma seja realizada com agilidade. Em caso de não haver exame ultrassonográfico até a 14ª semana para comparações, avaliar o crescimento fetal por exames ultrassonográficos seriados a partir da 20ª semana de gestação, os quais deverão apresentar ganho de peso proporcional entre os percentis 10 e 90.

Etiologia Multifatorial: genéticas, más-formações, infecções congênitas e insuficiência placentária.

Simétrica: todas as variáveis biométricas estão diminuídas desde o início da gestação.

**RCIU SIMÉTRICA: CC, CA e Fêmur diminuídos.**

A análise do tipo de Restrição de Crescimento Intrauterino necessita da análise seriada das variáveis biométricas: circunferência cefálica, circunferência abdominal e comprimento do fêmur, com prováveis etiologias: constitucional (feto pequeno normal), más-formações, cromossômicas e genéticas, infecções congênitas.

## RCIU ASSIMÉTRICA

Assimétrica: a circunferência abdominal está diminuída em relação ao fêmur e circunferência cefálica, característico da insuficiência placentária.

Deve-se considerar algumas situações nos casos de assimetria:

1. CA e Fêmur diminuídos com preservação do crescimento da CC = Insuficiência placentária. Causas maternas (vascular, renal, imunológica, hipertensiva) ou placentárias (inserção velamentosa de cordão, má-adaptação placentária).
2. CC diminuída, CA e Fêmur preservados = Microcefalia.
3. CC e CA preservados = Fêmur e demais ossos longos diminuídos. Displasias esqueléticas.

**ANOTAÇÕES:** \_\_\_\_\_

[illegible]

[illegible][illegible]

