

LINHA GUIA

REDE MÃE PARANAENSE





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Michele Caputo Neto

Secretário de Estado da Saúde

Sezifredo Paz

Diretor-geral

Juliano Schimidt Gevaerd

Superintendente da Atenção à Saúde

Elaboração

Débora Mara Bilovus Souza

Colaboração

Adriane Leandro

Nutricionista do DEPS/SAS

Viviane Melanda

Enfermeira do DVIEP/SVS/SESA

6ª Edição

2017



APRESENTAÇÃO

Em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) implantou a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede de Atenção Materno-infantil foi um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde de 2011 a 2014.

A Rede Mãe Paranaense nasce da experiência exitosa do Mãe Curitibaana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto.

Desde 2011, a SESA constituiu os alicerces para a organização dessa rede por meio dos programas estruturantes: o Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS).

Além disso, estabelecemos parcerias com as nossas Universidades e Sociedades de Especialidades e de Enfermagem para a realização de cursos de atualização profissional das equipes em todos os municípios e nos serviços hospitalares.

Reduzir a mortalidade materna e infantil em todas as regiões do Paraná requer uma atuação contínua, sistêmica e conjunta dos gestores federal, estadual e municipal, dos profissionais da saúde, das universidades e de toda a sociedade, e é isso que propomos com este conjunto de ações descritas nesta Linha Guia.

Nesta sexta 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 as nossas gestantes e bebês em todas as regiões de saúde.

O Paraná nasce com Saúde!

Michele Caputo Neto

Secretário de Estado da Saúde do Paraná



SUMÁRIO

1 - Justificativa	05
1.1 - A Estratificação de Risco	10
2 - Rede Mãe Paranaense	12
2.1 - Conceitos e Princípios	12
2.2 - Mapa Estratégico	13
2.3 - Estratégias	14
2.4 - Os Pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense	15
2.4.1 - Atenção Primária à Saúde	15
2.4.2 - Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense	19
2.4.3 - Atenção Hospitalar	27
3 - Matriz dos Pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense	32
4 - Fluxo da Gestante na Atenção Primária	33
5 - Fluxo da Criança na APS	42
6 - Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação	48
6.1 - Painel de Bordo	49
7 - Pontos de Atenção	51
7.1 - Secundário Ambulatorial	51
7.2 - Serviços de Saúde de Referência	52



A REDE MÃE PARANAENSE

1 – JUSTIFICATIVA

A avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade é a tendência temporal de queda de mortalidade materna e infantil. As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionada à escolaridade da mãe, às condições de vida 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.

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.

A RMM no Paraná foi de 90,5/100.000 NV em 1990 para 66,42/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 26,6% dos óbitos em 10 anos. No período de 2001 a 2010, a RMM no Paraná foi de 65,27/100.000 NV para 65,11/100.000 NV, indicando uma diminuição inexpressiva de apenas 0,2% em uma década. Ao analisar a evitabilidade desses óbitos verificou-se um alto percentual de evitabilidade, em média 85% dos casos e 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.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e as hemorragias foram as causas mais frequentes, representando 32,2% das mortes registradas. Isso remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento às emergências obstétricas e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis. Quanto aos óbitos de gestante da cor negra, observando o triênio de 2008 a 2010, tivemos 55 óbitos e, no triênio 2011 a 2013, 34 gestantes negras morreram, o que representa uma redução de 38% comparando-se os dois triênios.

Apesar dos esforços, o Paraná ainda apresentava a manutenção do coeficiente no patamar muito acima da média de países desenvolvidos. Outro dado que chamava a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no Estado, com o aumento de 18% do número de casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2009. Já no período de 2010 a 2016 tivemos um aumento no número de sífilis congênita.



A análise do quadro da mortalidade materna no período de 2001 a 2010 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.

Nesses 5 anos de trabalho de implantações da Rede Mãe Paranaense verificamos uma redução expressiva em vários indicadores. Em 2010, a Razão da Mortalidade Materna era de 65,11/100.000 Nascidos Vivos. Finalizamos 2014 com 41,2/100.000, o que representa redução de 36,5% de óbitos maternos, uma redução maior que nos últimos 20 anos. Finalizamos 2015 com 51,5/100.000, o que representa redução de 13,54% de óbitos maternos.

Outro dado importante que verificamos foi a redução no número de óbitos maternos em 2014 por DHEG em 63% e aumento por hemorragias em 38%. Observamos também uma diminuição de óbitos por infecção, contudo chama a atenção o aumento de 100% de óbitos obstétricos indiretos por doenças do aparelho cardiocirculatório.

As taxas de cesariana, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, têm variado entre 2010 e 2016 de 58,4% a 61,48%, respectivamente. Esse dado se dá em razão do elevado percentual desse procedimento nas usuárias de Plano de Saúde e particulares. Contudo, ao separarmos o percentual de cesarianas no SUS, verificamos que em 2015 tivemos 38,47% de parto normal. Já a proporção de pré-natal com sete ou mais consultas foi de 85,73% em 2015.

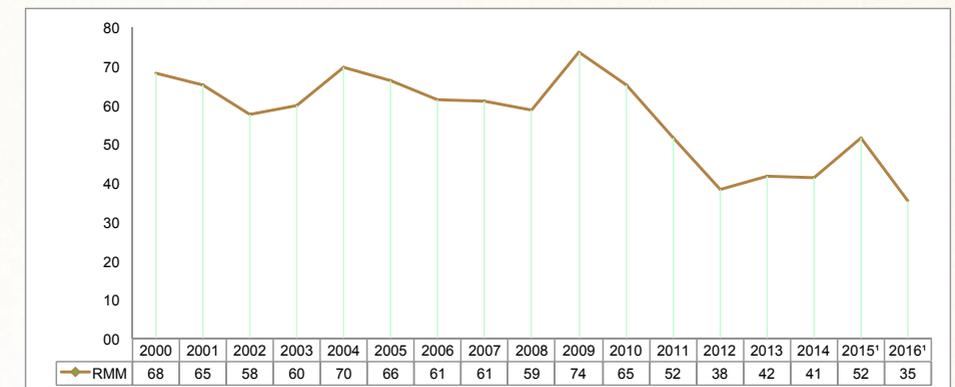
A melhora dos indicadores da atenção materno-infantil e, em especial, a queda da mortalidade materna de forma rápida (que tem se mostrado consistente) são resultados das diversas mudanças que foram introduzidas com a implantação da Rede Mãe Paranaense, tais como:

- 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 45 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 de a APS se responsabilizar pelas gestantes e pelos bebês na sua área de atuação por meio da captação precoce da gestante e do bebê 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. São atualmente 164 hospitais que fazem parte da Rede Mãe Paranaense, sendo 30 de referência para a gestante e criança de alto risco, e 135 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.

SÉRIE HISTÓRICA DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, SEGUNDO PERÍODO DE 2000 A 2016¹ - PARANÁ.



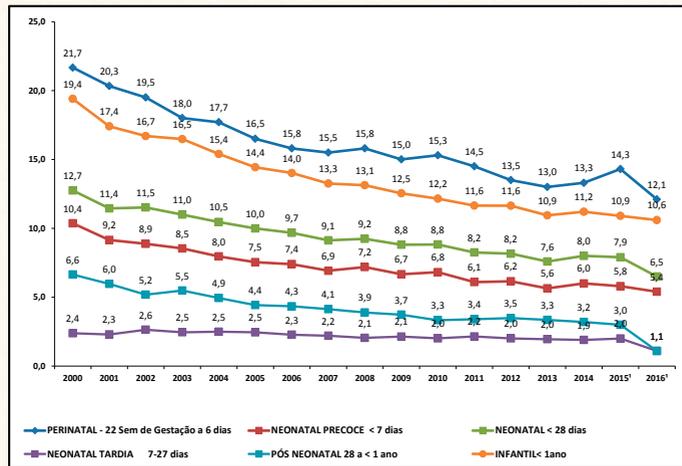
Fonte: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR_27/01/2017 -

Nota 1: Dados de 2015 e 2016 sujeitos a alteração (DBF 30/12/2016)

MORTALIDADE INFANTIL

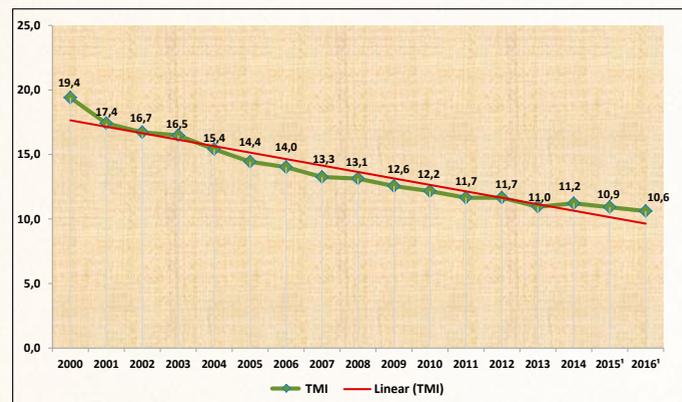
Ao analisarmos a mortalidade infantil do Paraná, observamos que, apesar da redução da mortalidade infantil do Estado, essa redução é lenta e desigual. O coeficiente de mortalidade infantil em 2002 foi de 16,72/1000 Nascidos Vivos (NV), 2007. O coeficiente de mortalidade infantil em 2011 foi de 11,65/1.000 NV, 2012, 11,65/1.000 NV, 2013, 10,95/1.000 NV, 2014, 11,21/1.000 NV, 2015, 10,95/1.000 NV e 10,50/1.000 NV (preliminar), evidenciando diminuição da mortalidade infantil no Paraná.

SÉRIE HISTÓRICA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR ESTRATIFICAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO PERÍODO DE 2000 A 2016¹



Fonte: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR - Nota 1: Dados de 2015 e 2016 sujeitos a alteração (DBF 30/12/2016)

SÉRIE HISTÓRICA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, SEGUNDO PERÍODO DE 2000 A 2016, PARANÁ



Fonte: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR - Nota 1: Dados de 2015 e 2016 sujeitos a alteração (DBF 30/12/2016)

Observa-se que, em 2015, a mortalidade, segundo a faixa etária do óbito demonstrada no gráfico ao lado, apresentou uma pequena diminuição na mortalidade neonatal, e a pós-neonatal e neonatal tardia. Mas o que nos chama atenção é que a neonatal precoce (22 semanas completas de gestação até seis dias após o nascimento) apresentou a mesma taxa do ano anterior, revelando a estreita relação destes eventos com a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido, mas principalmente a atenção de qualidade ao pré-natal, sendo que uma das causas da prematuridade é a infecção urinária e a hipertensão na gestante, sendo causas sensíveis ao cuidado na atenção primária.

A análise por grupo de causas dos óbitos infantis, registrados no período entre 2010 e 2013, no Paraná, revela que as afecções originadas no período perinatal representam 55,7% de todos os óbitos infantis, seguida pela malformação congênita e anomalias cromossômicas com 28,2% e das causas externas que chegaram a 4,4% das causas de óbito infantil no Estado no mesmo período. Apesar de representar 3,3% das causas de óbitos infantis, entre 2000 e 2015, no Paraná, revela que as afecções originais no período perinatal representam 56,1% de todos os óbitos infantis, seguida pela malformação congênita e anomalias cromossômicas com 28,4% e das causas externas que chegaram em 4,3% das causas de óbito infantil no Estado no mesmo período. Entre 2011 e 2015, as doenças do aparelho respiratório tiveram uma leve diminuição. Já o número de doenças parasitárias e infecciosas se manteve igual ao ano de 2014.

Em relação à evitabilidade dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil (SIMI), da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 68,2% dos óbitos ocorridos em 2007 foram considerados evitáveis. Em 2010, esse percentual variou para 61,5% dos óbitos investigados. Apesar da redução dos percentuais, permanece ainda elevado o número de óbitos infantis evitáveis no Estado, pois esse índice para o Brasil é de 17,6% (DATASUS).

O declínio da mortalidade materna e infantil no Paraná nos últimos anos é evidente e pode ser considerado um reflexo das ações voltadas para a melhoria na atenção à saúde da mulher e da criança, contudo esses resultados não são homogêneos em todo o Estado. A frequência do evento óbito é cada vez menor em termos absolutos e esse é um grande desafio: reduzir cada vez mais. Essa realidade aponta para necessidade de melhoria na qualidade da assistência já que a maior parte dos casos é decorrente de causas evitáveis, portanto a redução da RMM e TMI no Paraná ainda é um objeto a ser buscado constantemente.



1.1 – A 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.

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), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados 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 riscos relacionados a seguir:

Condição clínica pré-existente:

- Hipertensão arterial;
- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias;
- Obesidade mórbida; (orientações na página 39)
- Cirurgia bariátrica;
- Psicose e depressão grave.



Intercorrências clínicas:

- 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, etc.);
- Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual;
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias);
- Retardo do crescimento intrauterino;
- Trabalho de parto prematuro;
- Placenta prévia;
- Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas);
- Sangramento de origem uterina;
- Isoimunização Rh (Rh negativo);
- Má-formação fetal confirmada.

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.

Estratificação de Risco para a Criança:

RISCO HABITUAL: Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.

RISCO INTERMEDIÁRIO:

- Filhos de mãe negra e 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 estudos;
- Filhos de mães com histórico de 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.

Existem algumas situações em que é necessária uma atenção especial por parte da equipe de saúde ou, até mesmo, o encaminhamento para especialista. Entre essas situações, destacamos:



ALTO RISCO:

- Asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida);
- Baixo peso ao nascer;
- Desnutrição grave;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.

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, resolutiva 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, SISPRENATAL, 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 2013 nasceram no Paraná 155.430 crianças e estima-se que foram atendidas 170.973 gestantes. 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).



2.4 – OS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

2.4.1 – 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 precoce à gestante e às crianças menores de um ano; oferta de pré-natal em quantidade, mas, principalmente, em 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 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.



COMPETÊNCIA MUNICIPAL

COMPETE À 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 devem:

- Inscrever as gestantes no pré-natal e cadastrá-las no SISPRENATAL;
- 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, por meio da Central de Regulação, 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 de Risco Intermediário e Alto Risco para o Centro Mãe Paranaense e/ou ambulatório de referência, conforme o protocolo.



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.



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 SISPRENATAL 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.

Fonte: SESA/SAS

2.4.2 – 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.



a) A 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.

b) 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.



O Sistema de Informação oficial é o 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 para a Gestante 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.

c) O Risco Intermediário na Rede Mãe Paranaense

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 realizadas.

d) 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.



e) Equipe Multiprofissional do Centro Mãe Paranaense

Gestantes e Crianças de Alto Risco

Atividades	Gestantes		Crianças	
	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 de vida
Atividades educativas em grupo	Será conduzida por profissional de nível superior	2 (duas) atividades educativas	Será conduzida 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	
	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	Será conduzida por profissional de nível superior	2 (duas) atividades educativas	Será conduzida 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			



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



Exames	Quantitativo mínimo liberado
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.



2.4.3 – 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 Coraçõzinho, 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:

a) 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 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 de análise e de deliberação da CIB Regional, considerando como fator de análise dos últimos quatro anos a taxa de mortalidade materna, mortalidade infantil, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes atendidas, condições físicas, técnicas (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 da 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;
- 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 pós-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 da 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.

b) 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 de análise e de deliberação da CIB Regional, considerando como fator de análise dos últimos quatro anos a taxa de mortalidade materna, mortalidade infantil, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes atendidas, condições físicas, técnicas (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 SINASC;



- Adotar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde e as recomendações emitidas pela SES/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 as 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.

c) Alto Risco

- Dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e enfermeira 24h;
- 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 informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Dispor às centrais de leitos e regulação estadual, do 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, ambulatórios para o pré-natal de Alto Risco e garantem o atendimento da gestante de Alto Risco a eles vinculada.



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
	Unidade de Atenção Primária (UAP)			Área de abrangência
	Domicílio (ACS)			Microárea
				Município

Fonte: SESA/SAS/SGS



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 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.

a) Passos para cadastramento

- Preencher ou atualizar a Ficha de Cadastro Familiar (Ficha A – SIAB), 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, 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.



b) 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.

c) 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.



d) Procedimentos que devem ser realizados

- História clínica;
- Anamnese;
- Preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL;
- 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.

e) 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	X		



Pesquisa fator RH	X		
Eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha)	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		
Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora	X		
Toxoplasmose (igG e igM)	X	X	X
Teste de avididade de igG para toxoplasmose***	***	***	***
Teste indireto de anti-globulina humana (TIA) (COOBS indireto)****	X		X
Parasitológico de fezes	X		
Pesquisa para hormônio tireostimulante - TSH	X		



Nota:

* O VRDL, com triagem para sífilis, deve ser realizado apenas em municípios que não dispõem 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, fizer Imunoglobulina Anti Rh.

f) Relação de exames complementares

- Exame Odontológico, preferencialmente no 1º trimestre;
- Ecografia Obstétrica: realizar antes da 24ª semana de gestação, preferencialmente no 1º trimestre, para determinar a idade gestacional, repetir na presença de intercorrências;
- Exame para detecção de Tuberculose para gestante HIV positivo.

g) Orientações complementares

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.



h) 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 da sua vinculação para o parto também deverá ser encaminhada para uma Casa de Apoio, próxima ao serviço a que ela está vinculada, quando da proximidade da data esperada para o parto.

i) 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.



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 determinada por meio da classificação do IMC por semana gestacional. Para isso, é necessário 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 de 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, 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, incluído 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, macrossomia, gravidez



múltipla. Durante a gestação, não é recomendada a perda de peso nem dietas de restrição calórica, pois podem afetar o crescimento e desenvolvimento do feto.

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.

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 ²)	0,28 (0,23 - 0,33)	7 - 11,5
Obesidade (O) (≥30 kg/m ²)	0,22 (0,17 - 0,27)	5 - 9



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



5 – FLUXO DA CRIANÇA NA APS

O acompanhamento da criança inicia-se na gravidez, por meio da avaliação do crescimento intrauterino.

No dia da alta, o hospital/maternidade onde foi realizado o parto entrega a carteira da criança com os dados registrados para mãe e deverá comunicar a Unidade de Atenção Primária (UAP) de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UAP deve programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data, a UAP já deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a estratificação de risco da criança, para a identificação precoce de fatores de risco.

Lembrando: Tanto a visita domiciliar quanto a demanda espontânea caracterizam-se como oportunidades para captação e inscrição da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

EXAMES DE ROTINA PARA CRIANÇAS

Exame de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) será realizado a partir de 48 horas de nascimento e, preferencialmente, ainda no hospital/maternidade. Os exames laboratoriais e de diagnósticos até o primeiro ano de vida só serão requisitados a partir da avaliação médica e constatação da necessidade.

a) Visita domiciliar até o 5º dia após o parto

Até o 5º dia de nascimento deverá ser realizada visita domiciliar para:

- Atualizar a ficha A do SIAB;
- Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar > 37,5º), hipotermia (temperatura axilar < 35,5º), frequência respiratória > 60 mpm e convulsões;
- Observar o estado geral da mãe;
- Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS), cuidado com o coto umbilical e cuidado de higiene;



- Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UAP;

- Avaliar a carteira da criança, quanto:

a) a realização dos testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho;

b) a aplicação da vacina prevista ao nascer: hepatite B. Caso não tenha sido aplicada no hospital, orientar a procurar a UAP para realizar a imunização.

b) Acompanhamento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, sendo previsto: o registro na Carteira da Criança, a avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, prevenção de acidentes e higiene);

A monitorização do crescimento (aumento da massa corporal) e desenvolvimento (habilidades cada vez mais complexas) é considerada a ação eixo na atenção primária à saúde da criança;

A equipe da UAP/ESF é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança. O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança contempla um intervalo de oito consultas no 1º ano de vida:

- Mensal até 6º mês
- Trimestral do 6º ao 12º mês

Duas consultas no 2º ano de vida (semestral de 12 até 24 meses). E uma consulta/ano a partir do 3º ano de vida.

Também deverá ser feita uma consulta odontológica para o bebê, mesmo antes da primeira dentição, com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie em crianças de 0 a 36 meses.

Em todas as consultas realizadas, deve-se registrar o atendimento da criança na Carteira da Criança e no prontuário.

Até a faixa etária de cinco anos, recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo agente comunitário.



A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto.

Durante todo esse acompanhamento, envolvendo consultas e visitas domiciliares, a equipe deve:

- estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS;
- orientar o processo de desmame e a alimentação complementar;
- verificar o calendário vacinal;
- acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;
- aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico e avaliar as curvas de referência para analisar o crescimento global da criança;
- avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;
- orientar sobre a prevenção de acidentes;
- tratar as intercorrências patológicas;
- identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades.

c) Situações de risco

Da mesma forma que as gestantes, é necessário estratificar 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. A estratificação de risco para a criança está na página 11.

Microcefalia

Com a confirmação pelo Ministério da Saúde da relação entre Zika Vírus, transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*, e o surto de má-formação em cérebros de bebês. A SESA tem acompanhado esta situação e fez uma análise dos casos de microcefalia no período de 2000 a 2015 e observou que o número de casos tem se mantido estável com uma média de 8 (oito) casos de microcefalia ao ano, sem relação com a infecção pelo Zika Vírus.

A SESA recomenda às secretarias municipais de saúde e aos serviços de saúde:

- Que todas as equipes de saúde deverão estar alertas na abordagem de mulheres em idade fértil e gestantes sobre medidas cabíveis na prevenção de microcefalia;
- Recomendar a toda mulher que tiver planos de engravidar, que antes realize aconselhamento de pré-concepção com a equipe de saúde da Unidade de Atenção Primária de sua referência;



- Para as mulheres que desejam engravidar, a equipe deverá realizar abordagem visando identificar fatores de risco que possam comprometer a saúde materna e do bebê, tais como o uso de álcool e ou drogas lícitas ou ilícitas; existência de condições e doenças que possam interferir no desenvolvimento da gestação e do seu bebê;
- Para as mulheres que já estão grávidas, além de manter toda a rotina do pré-natal (exames, avaliação clínica e orientações de rotina) verificar a realização do ultrassom e a medida do perímetro cefálico do feto;
- Toda gestante com diagnóstico ultrassonográfico de microcefalia fetal intraútero deverá ser estratificada como **gestação de alto risco** e ser encaminhada para acompanhamento no serviço de referência de Gestação de Alto Risco da sua região.

Recomenda-se que sejam dadas às gestantes as seguintes orientações:

- Fazer acompanhamento com consultas de pré-natal, realizando todos os exames recomendados pelo seu médico;
- Não consumir bebida alcoólica ou qualquer tipo de droga;
- Não utilizar medicamentos, principalmente controlados (antidepressivos, anticonvulsivantes e ansiolíticos) sem a orientação médica;
- Evitar contatos com pessoas com febre, rash cutâneo ou infecções;
- Se houver qualquer alteração no estado de saúde da mulher, principalmente até o 4º mês de gestação, comunique o fato ao profissional de saúde para as devidas providências no acompanhamento da gestação;
- Adotar medidas que possam reduzir a presença de mosquitos transmissores de doenças (*Aedes Aegypti*), eliminando os criadouros (retirada de recipientes que tenham água parada e cobertura adequada de locais de armazenamento de água);
- Adotar medidas de proteção contra mosquitos com manutenção de portas e janelas fechadas ou utilizar redes de proteção, usar calça comprida e camisa de manga longa e utilizar repelentes indicados para gestantes (ex.: Icaridina exopis, DEET adulto 15% e IR3535).

Serviços de Referência para Atendimento dos Casos de MICROCEFALIA

Os hospitais Universitários de Londrina HU – UEL, Maringá – HUM e Cascavel – HUOP, o Hospital Infantil Waldemar Monastier e o Hospital Pequeno Príncipe serão os serviços de referência para as respectivas macrorregiões de saúde para o encaminhamento das crianças que ao nascimento apresentarem microcefalia.



Todas as crianças que vierem a ter uma anomalia serão atendidas nos hospitais de referência, nos Centros Mãe Paranaense, onde darão início à estimulação precoce e também serão acompanhadas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde.

Restrição de Crescimento Intrauterino

Incidência: 5 a 10% das gestações

Importância:

1. Aumento da morbimortalidade fetal no período perinatal por sofrimento fetal agudo e óbito fetal intrauterino.
2. Permitir diagnósticos diferenciais das infecções congênicas 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, malformações, infecções congênicas e insuficiência placentária.



CLASSIFICAÇÃO

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), malformações, cromossômicas e genéticas, infecções congênicas.

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.

Observações:

- Atentar que para a mãe soro positiva é contraindicado 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 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.



d) Busca de faltosos

A UAP deverá realizar visita às crianças faltosas nas atividades programadas e agendar nova consulta, priorizando as que estejam em situações de risco. Caso a falta seja devida ao internamento da criança, a UAP deverá entrar em contato com o hospital e programar uma consulta após a alta.

6 – 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, Indicadores de gestão e por último Indicadores relacionados ao financiamento.



6.1 – REDE MÃE PARANAENSE – PAINEL DE BORDO

Perspectiva	Objetivo estratégico	Indicador
Resultados para a sociedade	1. Reduzir a 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. Taxas 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.
	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. 5.2. % de gestantes com acompanhante no pré-parto, parto e puerpério.
	6. Melhorar assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano.	6.1- % de gestantes de alto risco atendidas na referência hospitalar.
Gestão	7. Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Materno-Infantil.	7.1- % de gestantes estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense e aos Hospitais de Referência. 7.2 % de crianças estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense.



Para 7 (sete) objetivos estratégicos elencou-se 13 (treze) 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: SISPRENATAL WEB, SIAB, SINAN, SINASC, SIM, SIAH, SIA e pelo desenvolvimento de inquérito/pesquisa sistemática aplicadas com as usuárias da rede.

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.



7 – PONTOS DE ATENÇÃO

7.1 – SECUNDÁRIO AMBULATORIAL – CENTRO MÃE PARANAENSE

RS	CONSÓRCIO/ ASSOCIAÇÃO	MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO
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
5ª RS	ASSISCOPE – Associação Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Laranjeiras do Sul
5ª RS	CISGAP – Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava e Pinhão	Guarapuava
5ª RS	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
8ª RS	ARSS – Associação Regional de Saúde do Sudoeste	Francisco Beltrão
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	CIS/AMERIOS – Consórcio Intermunicipal de Saúde	Umuarama
13ª RS	CISCENOP – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Centro Noroeste do Paraná	Cianorte
15ª RS	CISAMUSEP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense	Maringá
16ª RS	CISVIR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Ivaí e Região	Apucarana
17ª RS	CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	Londrina
18ª RS	CISNOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	Cornélio Procopio
19ª RS	CISNORPI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	Jacarezinho
20ª RS	CISCOPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná	Toledo
21ª RS	CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais	Telêmaco Borba
22ª RS	CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã	Ivaiporã



7.2 – SERVIÇOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE – PARTOS

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 Nossa Senhora dos Navegantes	Hospital Regional do Litoral
2ª RS	Hospital Angelina Caron Hospital do Trabalhador Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais Hospital Maternidade Alto Maracanã Hospital Municipal de Araucária Hospital Nossa Senhora Aparecida Hospital Nossa Senhora do Rocio Hospital Parolin Hospital e Maternidade São José 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 Municipal de Araucária Hospital Nossa Senhora do Rocio Hospital e Maternidade São José Hospital de Clínicas Hospital Evangélico de Curitiba Maternidade Municipal Humberto Carrano	Hospital Angelina Caron Hospital Municipal de Araucária Hospital Nossa Senhora do Rocio Hospital e Maternidade São José Hospital de Clínicas Hospital Evangélico de Curitiba



3ª RS	Hospital e Maternidade Imaculada Conceição Hospital Universitário Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva Hospital Municipal de Ivaí	Hospital Carolina Lupion de Jaguariaíva Hospital Universitário Regional Wallace Thadeu de Meello e Silva Santa Casa de Itararé	Santa Casa de Ponta Grossa Hospital Nossa Senhora do Rocio
4ª RS	Hospital de Caridade Dona Darcy Vargas Hospital São Francisco de Assis Santa Casa de Irati	Santa Casa de Irati	Santa Casa de Irati
5ª RS	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo de Guarapuava Hospital Santa Clara de Candoi Hospital Santo Antônio de Cantagalo Hospital São Vicente de Paulo de Pitanga Hospital Sagrado Coração de Jesus de Prudentópolis Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Prudentópolis Organização São Lucas de Laranjeiras	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo de Guarapuava Hospital São Vicente de Paulo de Pitanga Hospital Sagrado Coração de Jesus de Prudentópolis Instituto São José de Laranjeiras do Sul	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo de Guarapuava Instituto Virmond de Guarapuava



6ª RS	<p>APMI</p> <p>Hospital Municipal Dr. Regis B. Marigliani</p> <p>Hospital Municipal Santa Terezinha</p> <p>Hospital Paulo Fortes</p> <p>Hospital São Vicente de Paula</p>	APMI	APMI
7ª RS	<p>Hospital Santa Pelizzari</p> <p>Hospital São Judas Tadeu</p> <p>Instituto Nossa Vida</p> <p>Hospital e Maternidade São Sebastião</p> <p>Policlínica Chopinzinho</p>	<p>Hospital Santa Pelizzari</p> <p>Instituto São Lucas de Pato Branco</p>	<p>Instituto São Lucas de Pato Branco</p>
8ª RS	<p>Fundação Hospitalar da Fronteira</p> <p>Hospital Dr. Julio Barrientos</p> <p>Hospital e Maternidade Santa Rita de Ampére</p> <p>Hospital Imaculada Conceição</p> <p>Hospital Nossa Senhora das Graças</p> <p>Hospital Pró-vida de Dois Vizinhos</p> <p>Hospital São Francisco - Francisco Beltrão</p> <p>Hospital São Judas Tadeu de Dois Vizinhos</p> <p>Hospital Sudoeste de Capanema</p> <p>Casa de Saúde e Maternidade Vera Cruz</p> <p>Hospital Municipal Dionísio Cerqueira</p> <p>Hospital e Maternidade Santa Izabel D'Oeste</p>	<p>Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Alberto Pecoits</p>	<p>Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Alberto Pecoits</p>



9ª RS	<p>Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz de Medianeira</p> <p>Hospital e Maternidade Padre Tezza de Matelândia</p> <p>Hospital Ministro Costa Cavalcanti</p>	<p>Hospital Ministro Costa Cavalcante</p>	<p>Hospital Ministro Costa Cavalcante</p>
10ª RS	<p>Hospital Municipal de Três Barras</p> <p>Hospital Municipal Felicitá Sanson Arrozi</p> <p>Hospital Santo Antônio</p> <p>Hospital São Luccas - FAG</p>	<p>Hospital São Luccas - FAG</p>	<p>Hospital São Luccas - FAG</p> <p>Hospital Universitário de Cascavel</p>
11ª RS	<p>Hospital Municipal São Judas Tadeu de Terra Boa</p> <p>Hospital Público Municipal Santa Rosa de Lima – Iretama</p> <p>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão</p> <p>Hospital Santa Casa de Ubitatã</p> <p>Santa Casa de Engenheiro Beltrão</p> <p>Hospital São Vicente de Paulo de Terra Boa</p>	<p>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão</p> <p>Hospital Santa Casa de Ubitatã</p>	<p>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão</p>



12ª RS	Hospital Cyro Silveira Hospital Municipal de Cruzeiro NOROSPAR	Hospital Municipal de Altônia NOROSPAR	NOROSPAR
13ª RS	Hospital São Paulo	Hospital São Paulo	NOROSPAR
14ª RS	Hospital Municipal Setembrino Zago Hospital N. S. 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 Metropolitano de Sarandi Hospital Municipal Regional Sagrado Coração de Jesus Hospital e Maternidade Santa Clara Hospital Universitário Regional de Maringá Santa Casa de Maringá Hospital Cristo Rei de Astorga Hospital Maternidade São Lourenço	Hospital Cristo Rei de Astorga Hospital Metropolitano de Sarandi Hospital Municipal Regional Sagrado Coração de Jesus Hospital e Maternidade Santa Clara Hospital Universitário Regional de Maringá Hospital Cristo Rei de Mandaguari Santa Casa de Maringá	Hospital Universitário de Maringá Santa Casa de Maringá Hospital Metropolitano de Sarandi



16ª RS	Hospital Municipal Victor de Souza Pinto (Grandes Rios)	HNSG/Hospital da Providência - Materno Infantil Santa Casa de Arapongas	HNSG/Hospital da Providência - Materno Infantil
17ª RS	Hospital Cristo Rei de Ibiporã Hospital São Jorge Hospital São Rafael de Rolândia Maternidade Municipal Lucilla Ballallai Santa Casa de Cambé	Hospital Cristo Rei Hospital São Rafael Maternidade Municipal Lucilla Ballallai Santa Casa de Cambé	Hospital Evangélico de Londrina Hospital Universitário de Londrina
18ª RS	Hospital e Maternidade de Ribeirão do Pinhal Santa Casa de Bandeirantes Santa Casa de Cornélio Procópio Sociedade Hospitalar Beneficente de Andirá	Santa Casa de Bandeirantes Santa Casa de Cornélio Procópio	Santa Casa de Cornélio Procópio
19ª RS	Santa Casa de Misericórdia de Jacarezinho Hospital Regional do Norte Pioneiro de Santo Antônio da Platina	Hospital Regional do Norte Pioneiro Santo Antônio da Platina	Hospital Regional do Norte Pioneiro Santo Antônio da Platina
20ª RS	Hospital Bom Jesus de Toledo Hospital Dr. Ciro Hospital e Maternidade Menino Jesus Hospital de Maripá Hospital Municipal Prefeito Quinto de Delazeri	Hospital Municipal Prefeito Quinto de Delazeri Hospital Bom Jesus de Toledo	Hospital Bom Jesus de Toledo



21ª RS	Clínica São Francisco Instituto Dr. Feitosa Hospital Dr. Antônio Pietrobon	Instituto Dr. Feitosa	Hospital Nossa Senhora do Rocio
22ª RS	Hospital e Maternidade Pública Municipal de Santa Maria do Oeste Hospital Municipal de Jardim Alegre Hospital Santo Antônio Hospital Municipal São Francisco de Assis Hospital São João do Ivaí Hospital São João do Ivaí II Instituto de Saúde Bom Jesus de Ivaiporã Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Rosário	Hospital e Maternidade Pública Municipal de Santa Maria do Oeste	Instituto de Saúde Bom Jesus de Ivaiporã

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



Os hospitais e maternidades para atender a gestante e a criança 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 de risco habitual e intermediário atenderam os critérios e exigências estabelecimentos no Chamamento público publicado em Fevereiro de 2017.



