

FLUXO DE ATENDIMENTO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL SAÚDE DA GESTANTE

2025

Equipe de Elaboração

Alline Mércia de Carli Ronsani

Grasiela Giacobbo Nodari

Ravlim Campo

Tábata Cristina Colussi

Valquíria Predebon Kuhnen

Equipe de Revisão

Ravlim Campo

Natalia Dalla Costa Becker

Tábata Cristina Colussi

CRESEMS

8ª Regional de Saúde

Data de Elaboração

30/06/2017

Data de Revisão

03/12/2024

1. FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Este documento tem como objetivo orientar os profissionais quanto ao fluxo de atendimento das gestantes de risco intermediário e alto risco, pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste – CONSUD; as quais deverão ser estratificadas e compartilhados pela Atenção Primária à Saúde (APS), conforme a Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

A APS é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde, portanto, a gestante deve continuar em acompanhamento na Atenção Primária; sendo os retornos na AAE, conforme a necessidade, onde são realizados atendimentos por equipe multiprofissional para a gestante estratificada.

Ressaltamos que o cuidado da paciente é compartilhado entre a APS e a AAE e, portanto, a gestante deve manter seu acompanhamento na unidade de origem.

2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação de risco deve ser realizada na APS. Devem ser encaminhadas para atendimento no MACC as gestantes que se enquadrarem nos seguintes critérios:

- Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:
 - Idade < 15 anos ou > 40 anos;
 - Baixa escolaridade (<3 anos de estudo);
 - Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
 - Gestante negra (preta ou parda);

- Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos – obrigatório enviar a escala preenchida, no formato de PDF, no momento do agendamento);
 - Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais – obrigatório enviar o questionário preenchido, no formato de PDF, no momento do agendamento);
 - Dependência de drogas ilícitas;
 - Transtornos mentais graves, com estratificação de médio e alto risco em saúde mental (Se a paciente já estiver em acompanhamento psiquiátrico, possuir CID, agendar somente com obstetra. Pacientes que não possuem CID, agendar avaliação em Saúde Mental, conforme fluxo de saúde mental e obstetrícia no MACC, para que posteriormente seja encaminhada para o serviço que melhor se enquadra);
 - Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor (com deficiência mental comprovada);
 - Arboviroses (Febre Amarela, Zika, Chikungunya, Oropouche);
 - CID B24, HTLV;
 - Hepatite C;
 - Hepatite B - HbsAg reagente;
 - Pielonefrite.
- História reprodutiva anterior:
 - Histórico de óbito fetal/natimorto e/ou infantil em gestação anterior;
 - Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);
 - Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior;
 - Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades;

- Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:
 - Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dL - obrigatório enviar hemograma, no formato de PDF, no momento do agendamento);

Observação:

Casos em que a paciente não se enquadra nos critérios acima, a equipe da APS deverá descrever detalhadamente o caso e entrar em contato com a equipe da AAE para ser analisado isoladamente e verificado a possibilidade de atendimento.

3. AGENDAMENTO

As pacientes estratificadas pela APS com **os critérios acima descritos**, deverão ser agendadas através do WhatsApp para agendamentos de primeira consulta do MACC: **(46) 3520-0913**. Para facilitar, tornar resolutivo o processo de encaminhamento e contato com os serviços de atenção, o agendamento deve ser realizado pelo(a) **Enfermeiro(a)** da atenção básica, responsável pelo atendimento da paciente na APS, o qual deverá repassar o nome completo, número do usuário (cadastro IDS), estratificação de risco. No momento da solicitação do agendamento, **deve-se enviar no WhatsApp, o formulário de compartilhamento do cuidado (Anexo I) em formato PDF (somente um arquivo com todas as páginas)**.

O setor de regulação e agendamento do MACC, em colaboração com a equipe multidisciplinar, poderá solicitar documentos adicionais que complementem as informações enviadas, visando otimizar o atendimento.

4. CONSULTAS

4.1 Primeira consulta

- Documento de identificação, válido em território nacional, com foto;
- Formulário de compartilhamento do cuidado com todos os campos devidamente preenchidos e assinado pelo médico assistente responsável e equipe multiprofissional do município.

- Caderneta da gestante;
- Exames laboratoriais e de imagem, se houver;
- Gestantes menores de idade devem vir acompanhadas por um responsável maior de 18 anos;
- Gestantes menores de 15 anos: obrigatoriamente encaminhar cópia do comunicado ao Conselho Tutelar no momento do agendamento via WhatsApp.

4.2 Demais consultas

- Documento de identificação, válido em território nacional, com foto;
- Plano de cuidados, com devolutiva do município;
- Caderneta da gestante;
- Exames laboratoriais e de imagem (se houverem exames novos);
- Gestantes menores de idade devem vir acompanhadas de um responsável maior de 18 anos e/ou a pedido da equipe do MACC.

4.3 Retornos

O tempo para retorno das consultas na AAE será determinado pelos profissionais da equipe multiprofissional, sendo que, o não comparecimento da paciente nos retornos agendados será de responsabilidade da APS, a qual deverá proceder busca ativa da mesma.

Caso a paciente comunique a APS que não poderá comparecer no dia agendado, o(a) enfermeiro(a) responsável deverá entrar em contato com o MACC pelo Whatsapp de reagendamentos: **(46) 98826-3134**, para alteração da data, com no mínimo 24 horas de antecedência, caso contrário, a paciente será incluída como faltante.

A APS deverá comunicar a equipe do MACC, imediatamente após o nascimento do bebê, obrigatoriamente, repassar a data, via de parto, local onde foi realizado e se a paciente necessitou ou não de UTI. Ainda, agendar consulta para o recém-nascido com o médico pediatra do MACC, conforme estratificação de risco da criança (ver fluxo Materno Infantil – Saúde da Criança).

4.4 Encaminhamentos

Quando houver encaminhamento às especialidades não contempladas nas linhas de cuidado do MACC, mas ofertadas no Centro Regional de Especialidades (CRE), o MACC ficará responsável por garantir o agendamento do primeiro encaminhamento realizado pelos médicos.

As agendas do CRE são disponibilizadas na última semana de cada mês, portanto, se não houver vaga disponível no momento do agendamento, a equipe irá orientar que a APS realize contato através do WhatsApp do agendamento: (46) 98826-3134.

Uma vez que a paciente comunique a APS que não poderá comparecer no dia agendado, o(a) enfermeiro(a) responsável deverá entrar em contato com o MACC para alteração da data, com no mínimo 24 horas de antecedência, caso contrário, será incluída como faltante; não sendo mais agendada através do MACC e ficando o agendamento sob responsabilidade do município.

Após o atendimento no CRE, se houver necessidade de retorno, o agendamento ficará sob responsabilidade do município.

Quando houver encaminhamento às especialidades contempladas nas linhas de cuidados do MACC, o município deverá realizar a estratificação de risco e o preenchimento do Formulário de Compartilhamento do Cuidado da linha correspondente ao encaminhamento, o qual deverá ser encaminhado (no formato de PDF) via WhatsApp do agendamento.

4.5 Antecipação de Consultas

Caso a APS verifique a necessidade da paciente ser atendida antes da data do retorno estabelecida pela equipe do MACC, deverá enviar no WhatsApp, a guia de referência do médico e da equipe, constando minimamente: breve relato do motivo da solicitação, conduta já adotada e medicamentos em uso. Arquivo deverá ser enviado em formato PDF.

4.6 Faltantes

É responsabilidade do MACC realizar o levantamento dos pacientes que faltaram nas consultas e enviar para APS realizar busca ativa. Após a busca, o(a) enfermeiro(a) responsável deverá realizar contato, o mais breve possível, através do Whatsapp de reagendamentos **(46) 98826-3134**, para informar o motivo da ausência bem como a necessidade ou não de reagendamento.

A equipe da APS é responsável por verificar a necessidade de encaminhamento à rede de proteção, conselho tutelar e demais órgãos os quais julgarem necessário. O MACC irá realizar o acompanhamento da situação, caso não seja realizado encaminhamento à rede por parte da APS, irá avaliar a condição e realizar conduta necessária, em conjunto com a Atenção Primária.

Após a terceira ausência recorrente, o paciente não será reagendado, sendo necessário novo encaminhamento do formulário de compartilhamento do cuidado.

Caso não deseja continuar os atendimentos no MACC, deve-se solicitar que o mesmo assine um termo de desistência (Anexo II), o qual deverá ser enviado ao MACC através do WhatsApp. Lembrando que devem ser esgotadas todas as alternativas de convencimento do paciente antes de solicitar a desvinculação.

A cada seis meses a Assistente Social do MACC fará o levantamento semestral e, se a APS não tiver realizado contato com a devolutiva, o paciente será incluído como desistente. Sendo assim, se necessitar de atendimento futuramente, será necessário novo encaminhamento do formulário de compartilhamento do cuidado.

5. PLANO DE CUIDADOS

As pacientes encaminhadas ao MACC deverão vir com um plano de cuidados, elaborado pela equipe da APS, sendo que, o plano está em anexo ao formulário de compartilhamento do cuidado.

O plano de cuidados é a ferramenta utilizada para comunicação entre a APS e a AAE, sendo o paciente sempre orientado a levar o plano de cuidados para a equipe da Atenção Primária toda vez que comparece aos atendimentos no MACC.

Após todas as consultas no MACC, a paciente será liberada com um novo plano de cuidados que deverá ser verificado pela APS e preenchido devolutiva. Salientamos que o plano de cuidados deverá ser preenchido por todos os profissionais que o paciente tiver contato, seja ele médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, agendador, Agente Comunitário de Saúde (ACS)...

REFERÊNCIAS

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. 7. ed. – Curitiba: SESA, 2018. 33p. – Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: março 2019.

Detalhamento Regional do Protocolo de Estratificação de Risco da Linha de Cuidado Materno Infantil Critérios para encaminhamento ao ambulatório de Pré Natal de Alto Risco do Hospital Regional do Sudoeste e MACC/ARSS. 10 de Fevereiro de 2023.

ANEXO I – FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO
MATERNO INFANTIL - OBSTETRÍCIA

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**
Nº 501 - Bairro Água Branca
Francisco Beltrão - PR
CEP 85.601-838



**FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO
LINHA DO CUIDADO MATERNO INFANTIL – OBSTETRÍCIA**

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Profissional Responsável: _____ Usuário IDS: _____
Nome da APS: _____ Nome ACS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ CPF: _____
Nome Social (se houver): _____ CNS: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ Idade: _____

MONITORAMENTO CLÍNICO

Peso (Kg): _____ FR (irpm): _____ Glicemia Jejum (mg/dL): _____
Altura (cm): _____ FC (bpm): _____ Glicemia Pós Prandial (mg/dL): _____
IMC (kg/m²): _____ Grupo Sanguíneo: _____
PA (mmHg): _____ Fator Rh: _____

* Preencher dados acima E/OU anexar página da Caderneta de Gestante que contém estes dados

DADOS DA GESTAÇÃO

Antecedentes Obstétricos: _____
DUM: _____ DPP: _____ Gravidez Planejada: () Sim () Não
AU: _____ DPP – ECO: _____ Gravidez Desejada: () Sim () Não
BCF: _____

* Preencher dados acima E/OU anexar página da Caderneta de Gestante que contém estes dados

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INTERMEDIÁRIO - CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES

Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição)	Justificativa
() Idade < 15 anos ou > 40 anos	
() Baixa escolaridade (<3 anos de estudo)	
() Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes	
() Gestante negra (preta ou parda)	
() Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos)	
() Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE ≥ 2 pontos)	

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INTERMEDIÁRIO - HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição)	Justificativa
() Histórico de óbito fetal (natimorto) e/ou infantil	
() Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos)	
() Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação Anterior	
() Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades.	

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INTERMEDIÁRIO - CONDIÇÕES E INTERCORRÊNCIAS, CLÍNICAS OU OBSTÉTRICAS, NA GESTAÇÃO ATUAL

Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição)	Justificativa
() Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl)	

ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO

Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição)	Justificativa
() Dependência de drogas ilícitas	
() Transtornos mentais graves	
() Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor	
() CID B24, HTLV	
() Hepatite C	
() Hepatite B – HbsAg reagente	
() Pielonefrite na gestação atual	
() Arboviroses (Febre amarela, Zika, Chikungunya, Oropouche)	

HISTÓRIA PREGRESSA E SITUAÇÃO NUTRICIONAL DA GESTANTE

Descrever o resumo da história da gestação atual e anterior (se houver) informando dados relevantes, como tratamentos realizados e medicamentos utilizados. Realizar a marcação do ganho de peso gestacional, no gráfico de acompanhamento (Anexo IV):

Assinatura/Carimbo
do Médico Solicitante

EXAMES

*Preencher quadro abaixo E/OU anexar exames ao PDF (exames conforme a idade gestacional, detalhado na página 14 da “Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná”).

Exame	Data	Resultado
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti HIV		
Hepatite B – HbsAg		
Pesquisa de Anti-HBC IgG e IgM		
Toxoplasmose (IgG e IgM)		
Dosagem Hemoglobina		
Hematócrito		
Parcial de Urina		
Urocultura		
Coombs Indireto		
Ultrassonografia Obstétrica		
Ultrassonografia Morfológica		
Ultrassonografia com Doppler		
Exames Complementares		

SUPLEMENTAÇÃO / MEDICAMENTOS

Alergia Medicamentosa: _____

Medicamentos / Suplementos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

Obrigatoriamente preencher quadro acima OU anexar ao PDF a(as) prescrição(ões) com TODOS medicamentos/suplementos em uso! Orientar paciente que é imprescindível trazer os medicamentos junto no dia da consulta!

VACINAS

Obrigatoriamente ter em mãos a carteirinha de vacina no dia da consulta!

PLANO DE CUIDADOS

AUTOCUIDADO

Letramento funcional em Saúde (LFS): () Inadequado () Limitado () Adequado

Adesão Terapêutica: () Pouco aderente - intencional () Pouco aderente – não intencional () Aderente

Capacidade de Autocuidado: () Suficiente () Insuficiente

Estágio motivacional para a mudança: _____

Suporte Familiar: () Suficiente () Insuficiente

Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente

LISTA DE PROBLEMAS

Problemas identificados pela equipe (condição crônica de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

Problemas identificados pelo usuário: _____

PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS/ DIFICULDADES	RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade!

PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU DE INTERESSE (1 A 10)	GRAU DE CONFIANÇA (1 A 10)	APOIO NECESSÁRIO
P1 -					
P2 -					
P3 -					

PRÓXIMOS ATENDIMENTOS

APS DATA: __/__/__ HORA: ____

AAE DATA: __/__/__ HORA: ____

Local e Data

Assinatura/Carimbo

ANEXO II – MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**
Nº 501 - Bairro Água Branca
Francisco Beltrão - PR
CEP 85.601-838



TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, (NOME DO PACIENTE / SE HOUVER RESPONSÁVEL, INSERIR O NOME TAMBÉM), portador (a) do CPF (INCLUIR O Nº DO DOCUMENTO), usuário (IDS), residente no município de (NOME DO MUNICÍPIO) declaro para os devidos fins que não desejo manter acompanhamento no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), na Linha de Cuidado (INFORMAR QUAL ESPECIALIDADE É ATENDIDO). Declaro ainda, que fui orientado(a) pelo(a) Enfermeiro(a) (INFORMAR O NOME), acerca da importância de manter o acompanhamento; declaro ter ciência dos possíveis riscos e prejuízos que o abandono/desistência do tratamento pode ocasionar. Certifico que este documento me foi explicado, que o li ou que foi lido para mim, tendo entendido o seu conteúdo.

Motivo da desistência: (breve relato)

Data (Município, ____ de ____ de ____)

Assinatura do paciente e/ou
responsável/ responsável legal

ANEXO III – DETALHAMENTO REGIONAL – GESTANTE

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**
Nº 501 - Bairro Água Branca
Francisco Beltrão - PR
CEP 85.601-838



**08ª Regional de Saúde
Comitê Regional de Monitoramento e Avaliação da
Rede Mãe Paranaense**

**Detalhamento Regional do Protocolo de Estratificação de Risco da Linha de Cuidado Materno Infantil
Critérios para encaminhamento ao ambulatório de Pré Natal de Alto Risco
do Hospital Regional do Sudoeste
e MACC/ARSS**

Elaboração:

Membros do grupo Técnico do Comitê Regional de Monitoramento e Avaliação da Linha de Cuidado Materno Infantil.
Divisão de Saúde da Mulher - SESA

Francisco Beltrão, 13 de novembro de 2024.

Apresenta-se abaixo a Estratificação de Risco da Gestação, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (Del. CIB/PR nº 24 de 03/03/2021) e CIR (Del. Nº 008 – 23/02/2023) conforme critérios baseados nas características individuais e socioeconômicas das gestantes, bem como na história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias à gestação e intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual.

RISCO HABITUAL

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	Características individuais e socioeconômicas: •Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); História reprodutiva anterior: •Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); - Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: •Ameaça de aborto¹; •Hipotireoidismo²; •Tabagismo (Fagerström < 8 pontos)³; •Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos)⁴; •Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); •Depressão e ansiedade leve⁵; •Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

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

RISCO INTERMEDIÁRIO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde) E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe da APS E Equipe multiprofissional Especializada	Gestantes que apresentam: Características individuais e condições socioeconômicas e familiares: • Idade < 15 anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (<3 anos de estudo); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos)¹; • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)²; História reprodutiva anterior: • Histórico de óbito fetal (natimorto) e/ou infantil em gestação anterior³; • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);

. Teste de Fagerström: Anexo II / 2. Teste de T-ACE: Anexo III / Encaminhar gestantes fumantes ao grupo de Tratamento ao tabagismo municipal 3. Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).

Detalhamento Regional do Protocolo da Linha de Cuidado Materno Infantil para estratificação de gestantes de Alto Risco e critérios para encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco – PNAR

Condições/ Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
1. Hipertensão arterial crônica	Pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg	3 medidas superiores a: 140 mmHg sistólica e/ou 90 mmHg diastólica (fazer MRPA e ou controle pressórico) salvo emergências.*	Encaminhar com os seguintes exames: Hemograma Proteinúria de 24 horas Ureia Creatinina	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
2. Hipertensão gestacional Transitória sem alteração de proteinúria.		Como verificar: sentada por 15 minutos, braço esquerdo no mesmo nível do coração, com manguito adequado, evitando aparelho digital.	Controle seriado da pressão Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, exames anexos.	
3. Pré Eclampsia	Hipertensão que surge na gestação atual após a 20ª semana+proteinúria significativa >300mg/dl - 24h	3 medidas maiores ou iguais a: 140 mmHg sistólica e/ou 90 mmHg diastólica, após 20ª semana e/ou proteinúria alterada, salvo emergências.*	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos e exames anexos: Controle seriado de pressão Proteinúria	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
3.1. Pré Eclâmpsia ou Eclâmpsia grave em gestação anterior	História de complicações relacionadas à hipertensão em gestação anterior.	Encaminhar todas.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos e exames anexos.	Ambulatório MACC/Parto HRSWAP

Condições/ Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
4. Cardiopatias na gestante	Cardiopatias em tratamento ou acompanhamento.	Com diagnóstico de cardiopatia já definido com exames comprobatórios ou laudo atual de especialista, salvo emergências. Emergências devem ir ao HRS via SAMU de acordo com fluxo hospitalar.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico de cardiopatia e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
5. Dependência de drogas ilícitas	Dependente de drogas ilícitas.	Paciente identificada e acompanhada pela equipe da APS com estratificação de risco em saúde mental.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos. Encaminhar com histórico da dependência, tratamento prévio e vinculação ao serviço de saúde mental.	Ambulatório MACC/Parto HRSWAP
6. Pneumopatias	Pneumopatias/ descompensadas ou graves.	Com diagnóstico confirmado com exames comprobatórios ou laudo atual (no último ano) de especialista. E em uso de medicação. Em caso de emergências – SAMU.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
7. Hepatopatias	Hepatopatias/ Descompensadas ou graves	Com diagnóstico confirmado com exames comprobatórios ou laudo atual (no último ano) de especialista. E em uso de medicação. Em caso de emergências – SAMU.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
8. Nefropatias	Nefropatia em tratamento e com repercussão na atual gestação.	Com diagnóstico confirmado com exames comprobatórios ou laudo atual de especialista. Em caso de emergências – SAMU.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
9. Uropatias obstrutivas agudas e/ou hidronefrose		Com diagnóstico confirmado com exames comprobatórios ou laudo atual de especialista. Encaminhamento através da emergência para causas obstrutivas agudas sintomáticas.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos, com comprovação ultrassonográfica.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
10. Infecção de Trato Urinário Recorrente (ITU de repetição)	3 episódios de ITU sintomático ou assintomático, com comprovação de diagnóstico com urocultura e tratamento na APS.	No 3ª episódio de ITU comprovados por uroculturas, encaminha para o PNAR.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico, exames anexos e histórico do tratamento realizado no município para os episódios anteriores.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
11. Pielonefrite na atual gestação	1 episódio	Avaliar e descrever presença de calafrios, dor lombar, anorexia, náuseas, vômitos e febre. Punho percussão lombar positiva. Exame laboratorial com piúria significativa, hematúria, urocultura positiva, leucocitose com desvio à esquerda, anemia e proteína C reativa aumentada. (BRASIL, 2022)	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Avaliar sinais/sintomas/exames e entrar em contato com plantonista do HRS	Emergência HRSWAP e seguir acompanhamento ambulatorial no MACC/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
12. Diabetes prévio	Diabetes mellitus tipo I ou tipo II, com diagnóstico prévio a gestação ou com glicemia de jejum no 1º trimestre maior ou igual a 92 mg/dl (nesse caso fazer TOTG – 75gr de 3 pontos) ou repetir a glicemia de jejum.	Encaminhar toda gestante com diagnóstico prévio à gravidez.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Acompanhamento de profissional para orientação de atividade física. Controle glicêmico e acompanhamento nutricional.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP Confirmado diagnóstico pelo Ambulatório HRSWAP: encaminhamento para Ambulatório linha de cuidado diabetes MACC, se já não estiver vinculado
13. Diabetes gestacional	Dois glicemias de jejum maior ou igual a 92mg/dl ou TOTG 75gr de 3 pontos alterado (1 ponto ou mais alterados após sobrecarga 1h, 2h) entre 24 e 28 semanas de gestação.	Encaminhar toda gestante com diagnóstico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Iniciar acompanhamento com nutricionista na origem. Iniciar controle de glicemia de 6 pontos e encaminhar com os registros. Acompanhamento de profissional para orientação de atividade física. Controle glicêmico e acompanhamento nutricional.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP DMG Insulín Dependentes HRSWAP solicita acompanhamento c/ endocrinologia MACC. (Conforme protocolo regional pactuado).
14. Hipertireoidismo		Encaminhar toda gestante com diagnóstico confirmado pré gestacional. Ou com TSH e T4L alterados na gestação atual	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. TSH alterado com T4L normal, permanecer em acompanhamento no Risco Habitual (hipertireoidismo fisiológico)	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
15. Anemia Falciforme	Com diagnóstico confirmado.	Teste da mãezinha realizado no 1º trimestre de gravidez confirmando anemia falciforme.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
16. Traço falciforme		Teste da mãezinha com resultado traço falciforme: Solicitar eletroforese de hemoglobina para o pai da criança. Se ambos tiverem traço falciforme, encaminhar ao PNAR.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
17. Outras Hematopatias		Com diagnóstico confirmado com exames comprobatórios ou laudo atual (no último ano) de especialista. E em uso de medicação.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
18. Anemia grave	Com hemoglobina menor que 8g/gl	Anemia grave: Hb menor ou igual a 8g/dl com exames comprobatórios.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
19. Trombofilia		Trombofilia: com diagnóstico confirmado por exames ou histórico pessoal de trombose. Seguir recomendação do PCDT específico para trombofilias na gestação.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos, de acordo com Protocolo de Prevenção e Tratamento Ambulatorial do Tromboembolismo Venoso na Gestação e Puerpério.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
20. Hemofilia		Hemofilia: com diagnóstico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
21. Trombose		Trombose: com diagnóstico confirmado prévio a gestação ou na gestação atual.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
22. Doenças neurológicas		Com diagnóstico médico comprovado e em uso de medicamentos.	Encaminhar para avaliação da neurologia para possível troca da medicação até o final 1º trimestre. Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
23. Doenças infecciosas	S*TO*RCH + Z (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, Zika vírus)	Obs: Diagnóstico confirmado. . Em caso de toxoplasmose, iniciar tratamento imediatamente conforme protocolo antes de encaminhar, solicitar avidéz do IGG até 16 semanas, devendo ser feito na mesma amostra da sorologia de toxoplasmose. IGG e IGM positivos com Avidéz alta, com coleta antes de 16 semanas: descarta o caso. Seguir testagens de 2º e 3º trimestre conforme Linha Guia e Protocolo de toxoplasmose gestacional e congênita/SESA. ANEXO IV	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico, exames anexos e tratamento iniciado na origem.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
	*Sífilis Diagnóstico na gestação atual.	Somente encaminhar Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
23. a) Doenças infecciosas (continuação)	Dengue (Conforme Ofício SCAPS 085/2024)	Diagnostico clínico/laboratorial confirmado(a depender da situação epidemiológica). Sempre solicitar RT-qPCR (até o quinto dia, contados a partir do início dos sintomas) no primeiro atendimento.*A partir do sexto dia IGG/IGM. Entrar em contato com Vigilância Epidemiológica do município para notificação e coleta de amostra lab. para LACEN.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico, exames anexos, cartão da Dengue e tratamento iniciado. Conforme Nota orientativa 06/2019 /CVIA/LACEN/DAV Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico, exames anexos, cartão da Dengue e tratamento iniciado. Conforme Nota orientativa 06/2019 /CVIA/LACEN/DAV	Com sinais de alarme ou agravamento da condição materno-fetal: HRSWAP/EMERGÊNCIA Dengue observar orientações de encaminhamento conforme Ofício Circular nº85/2024/SCAP S/8ª RS (Anexo V)
	Arboviroses (Febre Amarela, Zika, Chikungunya, Oropouche)	Diagnostico clínico/laboratorial confirmado(a depender da situação epidemiológica). Sempre solicitar RT-qPCR (até o quinto dia, contados a partir do início dos sintomas) no primeiro atendimento.*A partir do sexto dia IGG/IGM. Entrar em contato com Vigilância Epidemiológica do município para notificação e coleta de amostra laboratorial. Para o LACEN.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico, exames anexos, cartão da Dengue e tratamento iniciado. Conforme Nota orientativa 06/2019 /CVIA/LACEN/DAV Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico, exames anexos, cartão da Dengue e tratamento iniciado. Conforme Nota orientativa 06/2019 /CVIA/LACEN/DAV	Com sinais de alarme ou agravamento da condição materno-fetal: HRSWAP Sem sinais de alarme e que não se enquadra na rede de Urgência e Emergência: Ambulatório MACC/Parto HRSWAP.

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
23. b) Doenças infecciosas (continuação)	HIV, HTLV	Diagnostico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório MACC/Parto HRSWAP
	Hepatite C	Diagnostico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório MACC/Parto HRSWAP
	Hepatite B - HbsAg reagente	Em caso de HbsAg reagente também realizar encaminhamento para infectologista na referência.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Encaminhar com os seguintes exames: - com marcadores de Hep B: HbsAg, Anti Hbs, Anti Hbc Total - TGO, TGP, transaminase, bilirrubina, Gama GT, Coagulograma	Ambulatório MACC/Parto HRSWAP
	Demais doenças infecciosas. Entrar em contato com o PNAR.	Diagnostico confirmado na gestação atual.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
	Vírus Respiratórios Influenza Coronavírus	Com complicações maternas ou fetais graves com indicação de internação, quadro descompensado, de acordo com NO nº 09/2020 – SESA		HRSWAP - emergência/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
24. Doenças autoimunes (ex: Lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional)		Com diagnóstico médico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
25. Ginecopatias	Alterações de citopatológico.	NIC I a III – Encaminhar ao ambulatório de ginecologia para colposcopia.	Ambulatório de ginecologia da ARSS.	Ambulatório de Ginecologia da ARSS para avaliação. Encaminhar ao PNAR se necessário. /Parto HRSWAP
	Histórico de conização a frio ou cirurgia de alta frequência (CAF) com retirada de canal.	Risco de incompetência do colo uterino. Todas as que realizaram o procedimento para avaliação de necessidade de cerclagem do colo uterino até as 16 semanas.	Ultrassom transvaginal com medida de colo uterino. Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório de Ginecologia da ARSS para avaliação. Encaminhar ao PNAR se necessário. /Parto HRSWAP
	Alterações de mamografia – BIRADS ≥ 4.	Com diagnóstico /procedimento/tratamento médico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Encaminhar ao CEONC	Ambulatório HRSWAP-CEONC/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
25. a) Ginecopatias (continuação)	Cirurgia uterina prévia fora da gestação	Com diagnóstico /procedimento/tratamento médico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
	Mal formações uterinas.	Encaminhar com ultrassom prévio à gestação + US atual.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
26. Neoplasias		Com diagnóstico médico confirmado.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP-CEONC/Parto HRSWAP
27. Obesidade mórbida/Baixo peso	IMC > 40 Kg/m ² prévio a gestação. Ou IMC abaixo de 18,5	Encaminhar Se IMC > 40 Kg/m ² pré gestacional OU IMC < que 18,5 prévio a gestação. O ganho de peso durante a gestação deve ser avaliado conforme orientação da Linha Guia Materno Infantil para definir a necessidade de referenciar ao PNAR.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
28. Cirurgia Bariátrica		Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades. <u>Com mais de 2 anos de pós-operatório:</u> encaminhar com sinais de RCIU.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
29. Transtornos mentais graves.		Transtornos mentais graves, com estratificação de médio e alto risco em saúde mental (Se a paciente já estiver em acompanhamento psiquiátrico, possuir CID, agendar somente com obstetra. Pacientes que não possuírem CID, agendar avaliação em Saúde Mental, conforme fluxo de saúde mental e Obstetrícia no MACC, para que posteriormente seja encaminhada para o serviço que melhor se enquadra);	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames/laudos anexos.	Ambulatório MACC/(CAPS)Parto HRSWAP
30. Retardo de desenvolvimento neuropsicomotor		Pacientes portadoras de deficiência mental comprovada.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório MACC/Parto HRSWAP
31. Restrição de Crescimento Intra Uterino	RCIU – peso com percentil menor ou igual a 10. Ou rebaixamento no padrão de crescimento.	Com Ultrassonografia confirmatória.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos (US).	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
32. Macrossomia Fetal	Peso fetal estimado acima do percentil 90.	Utilizar tabela de Hadlock (vide carteira da gestante).	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos (US).	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
33. Malformação fetal confirmada	Diagnóstico de malformação fetal.	Encaminhar malformação comprovada por ultrassonografia.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
34 . Placenta prévia	Placenta prévia em gestantes com IG superior a 22 sem.	Em caso de suspeita de placenta prévia com IG superior a 22 semanas em qualquer momento da gestação.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	HRSWAP para realizar US – fazer contato com ambulatório HRS para agendamento, não agendar via sistema de 1ª consulta./Parto HRSWAP
35. Placenta Acreta/ Placenta bilobulada/ inserção vilamentosa do cordão/Placenta em “raquete”: Placenta sucenturiada, Placenta circunvalada, Placenta circunmarginada		Com diagnóstico comprovado por ultrassonografia.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
36.Senescência Placentária	Com comprometimento fetal.	Com diagnóstico comprovado por ultrassonografia.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
37. Gestação Gemelar		Encaminhar gemelaridade comprovada por ultrassonografia.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
38. Sangramento de origem uterina	Sangramento de origem uterina após a 20ª semana de gestação.	Encaminhar via SAMU se suspeita de DPP. Fazer contato com plantão HRS para orientações de conduta. Se necessário interromper na origem e encaminhar RN via SAMU.	SAMU	HRSWAP/Parto HRSWAP
39. Trabalho de Parto Prematuro	Trabalho de parto em gestação superior a 22 semanas e inferior a 37 semanas.	Encaminhar via SAMU.	SAMU	HRSWAP/Parto HRSWAP
40. Amniorrexe prematura pré termo	Rompimento das membranas antes de 37ª semana de gestação.	Encaminhar via SAMU Se comprovado diagnóstico por exame físico, exame especular, PH e Manobra de Valsalva.	SAMU	HRSWAP/Parto HRSWAP
41. Isoimunização Rh	Coombs indireto quantitativo positivo.	Coombs indireto quantitativo positivo, com título maior ou igual a 1:16 para anti-RH (D).	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos e Encaminhar com US recente.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
42. Oligodrâmnio	ILA menor que 8 ou menor bolsão menor que 2.		Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Encaminhar com US recente.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
43. Polidrâmnio	ILA maior que 18 maior bolsão.		Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Encaminhar com US recente.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
44. Incompetência Cervical Istmo		Presença do sinal de afunilamento no US a partir do US de TN - realizado entre 11 e 14 semanas. Medida de colo uterino menor que 2,5 no US a partir de 22 semanas, associada a história de prematuridade extrema	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Encaminhar com US recente.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

Condições/Intercorrências clínicas (de acordo com a Linha Guia)	Definição de caso	Quando encaminhar	Informações que devem constar no encaminhamento	Referência para Pré Natal/Parto
45. História Reprodutiva	Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).	Encaminhar os casos que se enquadrem na situação citada.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
	Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores ou intervalo interpartal menor de 2 anos.	Encaminhar os casos que se enquadrem na situação citada.	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP
	Reprodução assistida.	Encaminhar os casos que se enquadrem na situação citada	Encaminhamento e carteira de gestante devidamente preenchidos, diagnóstico médico e exames anexos. Será avaliada e estratificada pelo Alto risco para conduta e sseguimento.	Ambulatório HRSWAP/Parto HRSWAP

*Emergências devem ir ao HRSWAP via SAMU de acordo classificação e estratificação de risco de risco em Obstetrícia, independente de já ter tido acesso ao ambulatório de alto risco ou risco intermediário.

Fluxo de encaminhamento:

1) Ambulatório Hospital Regional do Sudoeste:

- a** - Estar vinculada à unidade de saúde de seu território e estar em acompanhamento de pré-natal na ESF de referência.
- b** - Encaminhar gestantes estratificadas de acordo com os critérios do detalhamento, com guia de referência e carteira da gestante devidamente preenchidos.
- c** - O Agendamento é realizado via sistema CARE, de acordo com as vagas disponibilizadas mensalmente, no item de agendamento consulta em obstetrícia.
- d** - O enfermeiro responsável pela linha de cuidado Materno Infantil ou enfermeiro Coordenador da APS deve apoiar o agendador e selecionar por prioridade as gestantes que serão agendadas.
- e** - Em caso de necessidade de agendamento extra, para gestantes que tenham maior necessidade e não tenha vaga disponível em tempo oportuno, o enfermeiro deverá realizar contato telefônico com a enfermeira do Ambulatório do HRS para avaliação do caso ou contato de médico do município com médico plantonista da obstetrícia.

2) Ambulatório MACC/ARSS:

As gestantes que forem estratificadas como alto risco dentro dos critérios estabelecidos para encaminhamento ao ambulatório do MACC/ARSS deverão seguir o seguinte fluxo para agendamento de primeira consulta:

- a** - Estar vinculada à unidade de saúde de seu território e estar em acompanhamento de pré-natal na ESF de referência.
- b** - Estar estratificada de acordo com a Linha Guia Materno Infantil do Estado do Paraná e Protocolo Regional (detalhamento).
- c** - Realizar agendamento via contato telefônico do enfermeiro da ESF com equipe do MACC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília, 2022. Disponível em

file:///M:/08RS-SCAPS/SA%C3%9ADE%20MATERNO%20INFANTIL/MANUAIS/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 13/01/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 64 p. : il. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 13/01/2022.

SESA, Guia de Estratificação de Risco da Gestante/ Secretaria de Estado da Saúde, 2022. Disponível

em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf . Acesso em 13/01/2022.

SESA. Nota orientativa 06/2019 /CVIA/LACEN/DAV.. Disponível em: https://lacen.saude.pr.gov.br/sites/lacen/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/nt_arboviroses_2019.pdf

SESA, Nota orientativa 09/2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-04/NO_09_LINHA_DE_CUIDADO_MATERNO_INFANTIL_V4.pdf. Acesso em 13/01/2022.

ZUGAIB,M.; BITTAR,R.E.; FRANCISCO, R. P. V. -Protocolos Assistenciais Clínica Obstétricas FMUSP 5ª Ed. - São Paulo, Atheneu; 2015

SESA, Instrumento de estratificação de risco em saúde mental/Secretaria de Estado da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@9472a2fa-76e7-45f2-b98c-f056022c404e&emPg=true>

SESA, Instrutivo para aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental. Secretária de Saúde, 2002. Disponível em:

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>

SESA, Protocolo clínico e assistencial da toxoplasmose gestacional e congênita. Secretaria da Saúde, 2024. Disponível em:

<file:///C:/Users/EST~1/FLA/AppData/Local/Temp/PROTOCOLO%20TOXOPLASMOSE%20GESTACIONAL%20E%20CONG%20C3%8ANITA%20PR%202024.pdf>

ANEXO I: HIPOTIREOIDISMO

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

ANEXO II: TESTE DE FAGERSTROM (TABAGISMO)

Teste de Fagerstrom	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? Dentro de 5 minutos (3) 6-30 minutos (2) 31-60 minutos (1) Depois de 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros) Sim (1) Não (0)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? O primeiro da manhã (1) Outros (0)	
4. Quantos cigarros você fuma por dia? Menos de 10 (0) De 11 a 20 (1) De 21 a 30 (2) Mais de 31 (3)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? Sim (1) Não (0)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? Sim (1) Não (0)	
Total de pontos	

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

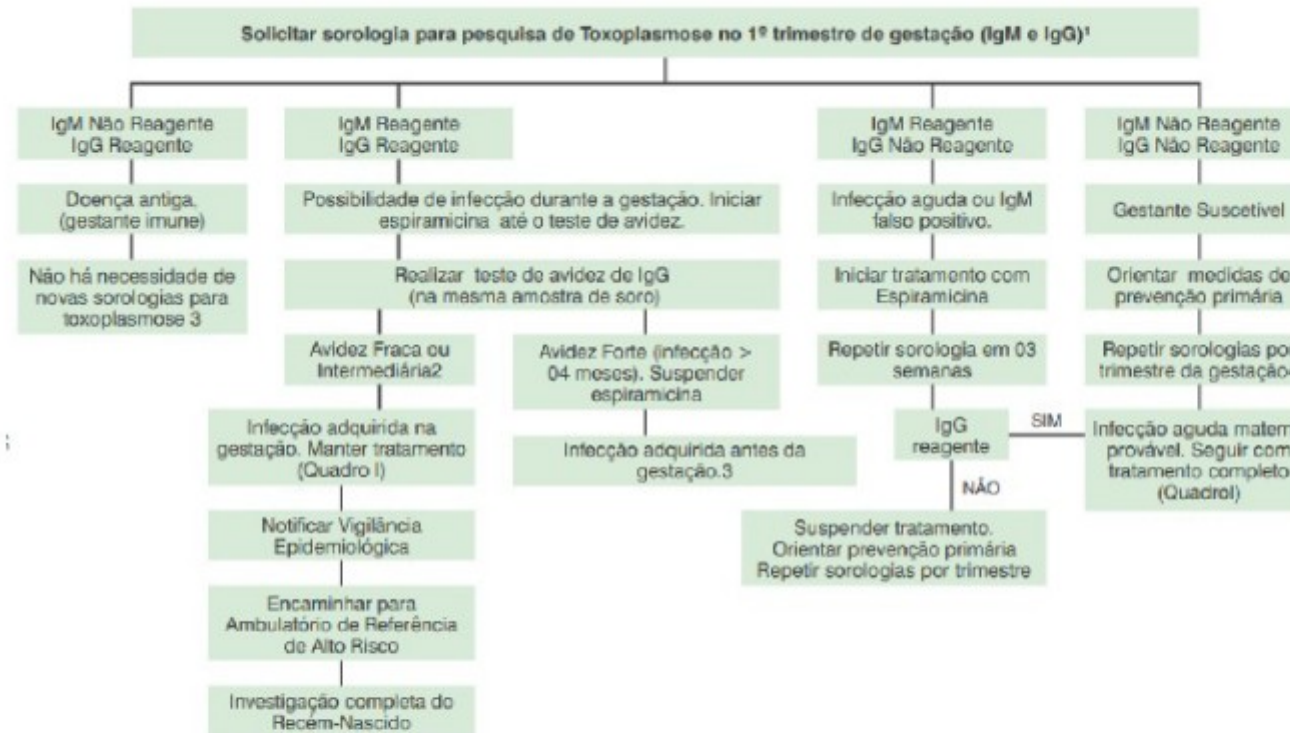
ANEXO III: TESTE T-ACE (ETILISMO)

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

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

ANEXO IV: TOXOPLASMOSE

Figura 5: Fluxograma para gestantes com sorologias realizadas até 16 semanas



Fonte: Paraná, 2018

Legenda: Notas adaptadas "O LACEN-PR ou laboratório prestador de serviço deverá devolver o resultado do exame em até 10 dias de recebimento; No caso de avididade fraca ou intermediária, o LACEN-PR deverá comunicar imediatamente às Vigilâncias Epidemiológicas das Regionais de Saúde que o resultado está disponível no Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL; Considerando o risco de reinfecção por cepa diferente, ainda que menos frequente recomenda-se manter as medidas de prevenção para todas as gestantes, especialmente para as que possuem imunossupressão; Repetir pelo menos no 2º e 3º trimestres se a gestante for suscetível conforme Linha Guia Mãe Paranaense".

Ofício Circular nº85/2024/SCAPS/8ª RS

Francisco Beltrão, 12 de abril de 2024.

Assunto: Orientações sobre o atendimento da gestante com Dengue na Rede de atendimento da Linha de Cuidado materno infantil na 8ª Regional de Saúde.

Prezados(as),

Considerando o cenário epidemiológico relacionado ao aumento de casos de internamento de gestantes por Dengue;

Considerando a Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná;

Considerando a alta demanda de referências para a consulta do risco intermediário no Ambulatório MACC;

Considerando a necessidade de garantia de acesso das gestantes ao serviço de referência conforme a classificação e estratificação de risco bem como a garantia de instituição de tratamento adequado e em tempo oportuno, esclarecemos que as **GESTANTES** com diagnóstico/suspeita de **DENGUE** devem ser classificadas e tratadas como **GRUPO B**. Ao chegar ao serviço de saúde é **OBRIGATÓRIA** a **NOTIFICAÇÃO, PREENCHIMENTO DO CARTÃO DA DENGUE**. Gestantes devem ser **priorizadas no atendimento**, assim como as demais pessoas do grupo B. Em qualquer ponto de atenção devem iniciar **hidratação imediata por via oral (conforme grupo A e B)**. Deve ainda ser garantida a **avaliação clínica** e serem coletadas amostras para realização de **hemograma e teste Molecular RT-PCR** até o **quinto dia de sintomas** e **sorologia IGM a partir do sexto dia** (obrigatório envio de amostra ao **LACEN**) para pesquisa de **ARBOVIROSES** (notificar a vigilância epidemiológica municipal ou responsável pelo controle de infecção hospitalar). Constar na requisição, amostra e notificação a condição gestante para a priorização). **Avaliar hemograma, condição clínica** e dar encaminhamentos conforme **fluxograma** em anexo.

Toda gestante deve ser avaliada diariamente no risco habitual e se sinais de alarme, parto nos 10 dias de evolução da Dengue, ou agravamento da condição fetal encaminhar para internamento e/ou avaliação na referência de alto risco (HRS-WAP) através do acionamento do SAMU (193). Gestantes, após a cura e sem agravamento da condição fetal devem ser reestratificadas como risco habitual.

Disponibilizamos através do link a seguir referências sobre a Dengue que podem ser usadas no apoio de protocolos/fluxos institucionais:

https://drive.google.com/drive/folders/1ZRS6dT_12BdToOOL2-cldLC2bYoczRkl

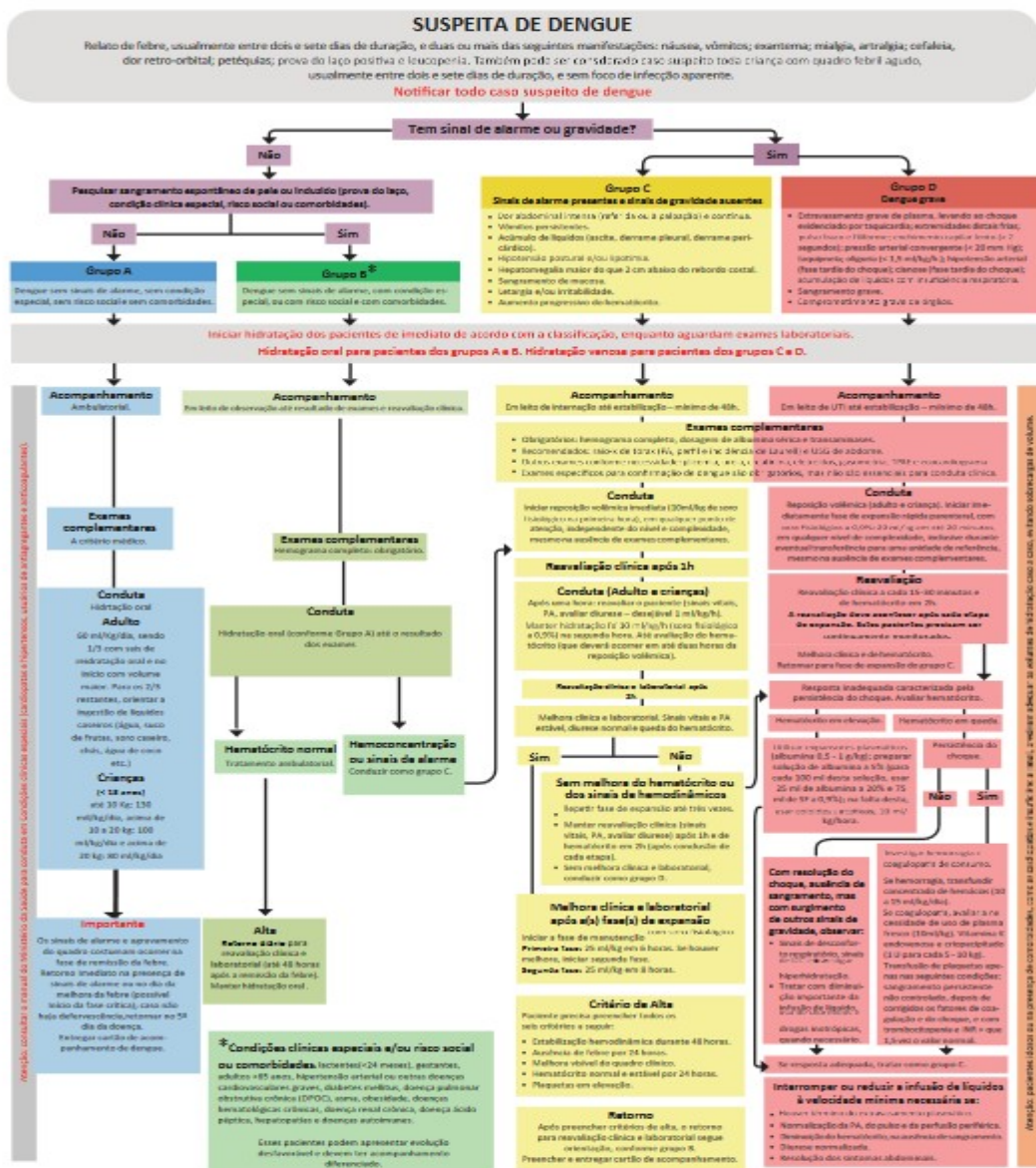
Certas de contarmos com a vossa participação e colaboração, aproveitamos para reforçar nossos votos de elevada estima e consideração.

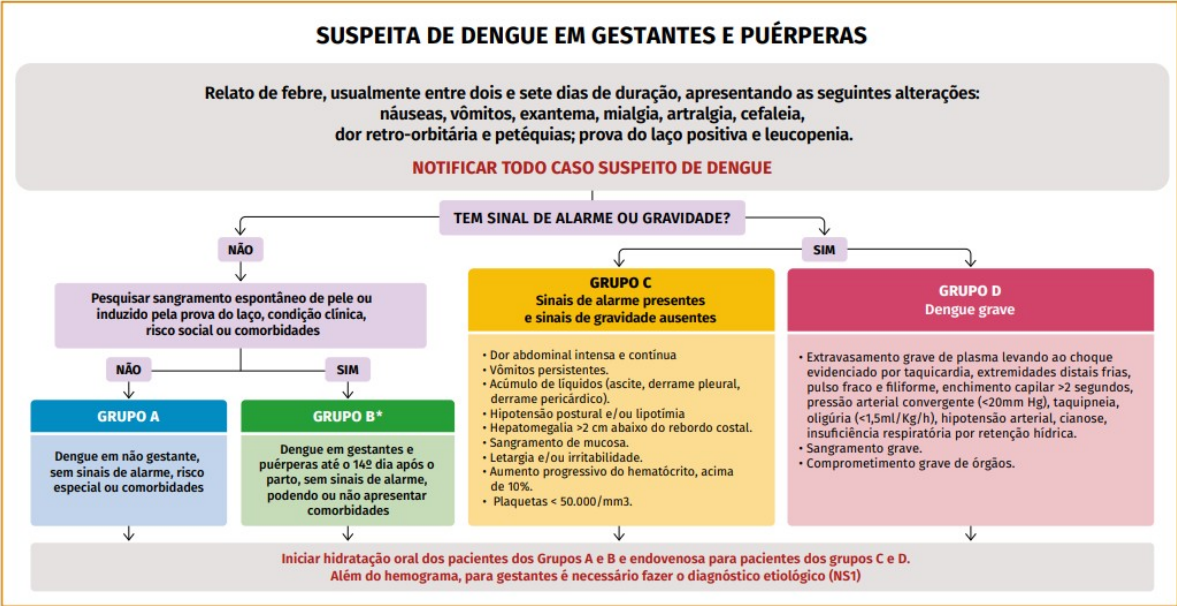
Atenciosamente,

assinado eletronicamente
Adriana Damke Klock
Chefe SCAPS - 8ª RS

assinado eletronicamente
Ana Letícia Pinto
DVAGS - 08ª RS

assinado eletronicamente
Nádia Aparecida Zanella Vissoto
Direção – 08ª RS





Publicado pelo Ministério da Saúde em 19/01/2024, acesso em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/publicacoes/fluxograma-manejo-clinico-da-dengue_nov_2023/view

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – 8ª REGIÃO DE SAÚDE
8ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde – CRESEMS

DELIBERAÇÃO Nº 061 – 13/11/2024

A Comissão Intergestores Regional da 8ª Região de Saúde, reunida no dia 13 de novembro de 2024, na cidade de Francisco Beltrão – PR, e **considerando**:

- Portaria GM/MS nº 5350, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné;
- Deliberação CIB-PR nº 035 de 02/04/2020, que aprova o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS;
- Resolução SESA nº 392/2022 que Altera os critérios e valores da Estratégia de Qualificação do Parto – EQP e revoga as Resoluções SESA nº 377, de 14 de agosto de 2012, nº 25, de 14 de janeiro de 2013 e nº 212, de 13 de junho de 2016;
- Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná;
- Deliberação CIB-PR nº 24 de 03/03/2021, que estabelece a estratificação de risco da Gestação no Paraná.

Aprova a Atualização do Detalhamento de Estratificação de Risco da Gestante no ano de 2024.

Assinado Eletronicamente
Nádia Zanella Vissoto
Diretora da 8ª Regional de Saúde

Assinado Eletronicamente
Simone Lorensen Gutstein
Presidente do CRESEMS – 8ª Região de Saúde

DELIBERAÇÃO 061/2024. Assinatura Avançada realizada por: **Nádia Aparecida Zanella Vissoto (XXX.915.529-XX)** em 26/11/2024 12:10. Inserido ao documento **983.004** por: **Analice Rovaris** em: 26/11/2024 10:41. Demais assinaturas na última folha. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: <https://www.eprotocolo.pr.gov.br/splweb/validarDocumento> com o código: **24a332202c81a91df67a9b9211bc7c8**.