

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL- REDE ALYNE/PIAUI

Plano de Vinculação da Gestante ao Local do Parto e Intercorrências Clínicas



Piauí - Agosto de 2025 – Versão 2



Rafael Tajra Fonteles

Governador do Estado do Piauí

Antonio Luiz Soares Santos

Secretário de Estado da Saúde

EQUIPE GESTORA**Superintendência de Gestão da Rede de Média e Alta Complexidade – SUGMAC**

Dirceu Hamilton Cordeiro Campelo

Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Municípios – SUPAT

Leila Marília da Silva Santos

Superintendência de Gestão da Administração - SUGAD

Jônatas Melo Neto

Diretoria Unidade Executiva do Fundo Estadual de Saúde - FUNSAÚDE

Raimundo Nonato Farias Trigo

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde - DUVAS

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

Diretoria de Unidade de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria - DUCARA

Olivia Leal Soares

Diretoria de Vigilância Sanitária - DIVISA

Tatiana Vieira Sousa Chaves

Diretoria de Unidade de Administração - DUAD

Carlos Alberto Gomes de Oliveira.

Diretoria de Unidade de Planejamento - DUP

Clécio Moura Lopes

Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas - DUGP

José Wilson de Santos de Sousa

Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar - DUDOH

Anderson Martins Dantas

Diretoria de Unidade de Assistência Farmacêutica - DUAF

Suelen Fernanda da Silva

Assessoria de Comunicação Social - ASCOM

Hérilon de Moraes Pereira

Centro de Dermatologia e Hemoterapia do Piauí - HEMOPI

Rafael Alencar Soares de Souza

Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí - LACEN

Fabício Pires de Moura do Amaral

Núcleo de Infraestrutura em Saúde - NIS

Gilberto Gomes da Silva

ELABORAÇÃO:

Beatriz Fátima Alves de Oliveira - Fiocruz Piauí

Cristiane Maria Ferraz Damascena Moura Fé - Diretoria de Unidade de Atenção e Vigilância em Saúde (DUVAS)

Iris Mary Meneses do Amaral – Diretoria de Unidade de Atenção e Vigilância em Saúde (DUVAS)

Lívia Betânia Vieira Borges – Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz

Maria Auzeni de Moura Fé – Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher - Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) Thatiane Cristhina de Oliveira Torres – Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz

Tatiana Pacheco Campos – Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz

Zenira Martins Silva – Coordenação de Análise, Divulgação de Situação e Tendência em Saúde

Rosane da Silva Assunção – Coordenação de Saúde da Criança

COLABORADORES:

Kerla Joeline Lima Monteiro – Fiocruz Piauí
Rosane da Silva Assunção – Coordenação de Saúde da Criança

**GRUPO TÉCNICO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DO PARTO -
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI):**

Beatriz Fátima Alves de Oliveira – Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz Piauí
Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé – Diretora da Diretoria de Unidade de Atenção e Vigilância em Saúde (DUVAS)

Denise de Sousa Leal Martins Moura – Coordenadora Médica da Central de Regulação e Internação Hospitalar do Estado do Piauí

Gabriela Emily Pereira do Nascimento – Assessora Técnica da Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar (DUDOH)

Iris Mary Meneses do Amaral - Assessora Técnica/Diretoria de Unidade de Atenção e Vigilância em Saúde (DUVAS)

Joselma Maria Oliveira Silva – Subcoordenadora do Comitê de Prevenção de Morte Materna e Infantil

Kerla Joeline Lima Monteiro – Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz Piauí

Lívia Betânia Vieira Borges – Referência técnica no território/Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz

Maria Auzeni de Moura Fé - Coordenadora Saúde da Mulher - Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI)

Sinara Cavalcante de Lima Ribeiro - Assessora Técnica da Diretoria de Unidade de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria (DUCARA)

Thatiane Cristhina de Oliveira Torres – Referência Técnica Núcleo (RTN)/Instituto Fernandes Figueira (IFF) - Fiocruz

Zenira Martins Silva - Coordenadora de Análise, Divulgação de Situação e Tendência em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 ELABORAÇÃO DO MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE	15
2 CRITÉRIOS PARA A VINCULAÇÃO DA GESTANTE.....	16
3 VISITA PRÉVIA DA GESTANTE À MATERNIDADE	18
4 VAGA SEMPRE	19
5 PLANO DE PARTO (PP)	19
6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO E VULNERABILIDADES SOCIAIS	19
7 SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	20
8 CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL	21
9 CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE ALTO RISCO.....	22
10 RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL (RAR)	23
11 AGENDAMENTO DA CONSULTA DE PUERPÉRIO.....	23
12 TRIAGEM NEONATAL - IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE DE DEFICIÊNCIAS	24
13 CURSO PARA GESTANTES	25
14 REGULAÇÃO DO ACESSO A PARTIR DA APS.....	27
Regulação Ambulatorial	27
- Acesso aos Ambulatórios de Pré-Natal de Alto Risco	27
- Acesso aos Ambulatórios de Seguimento do Recém-nascido	28
Regulação dos Internamentos	28
Regulação das Urgências Obstétricas.....	28
15 TRANSPORTE SANITÁRIO DA GESTANTE	29
Eletivo.....	29
Inter-hospitalar	29

Urgências.....	30
16 MONITORAMENTO DA ESTRATÉGIA DE VINCULAÇÃO DAS UBS COM AS MATERNIDADES.....	32
17 PLANO DE DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES	38
APÊNDICE A - FLUXO DA GESTANTE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA E TIPO DE PARTO	38
APÊNDICE B - PLANO DE CUIDADOS DA GESTANTE.....	42
APÊNDICE C - PLANO DE PARTO	47
APÊNDICE D - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES	49
APÊNDICE E - FORMULÁRIO CHECKLIST DE DOCUMENTOS E EXAMES LINHA DA GESTANTE	50
APÊNDICE F - CONSULTA NO PRÉ-NATAL - FLUXOGRAMA DAS GESTANTES	52
APÊNDICE G - RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL	53
APÊNDICE H - RECOMENDAÇÕES DA MATERNIDADE PARA A APS	54
APÊNDICE I - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA GESTANTE.....	55
APÊNDICE J - PROTOCOLO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DE ALTO RISCO BASEADO NO MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	56
APÊNDICE K - PROTOCOLO DE OCUPAÇÃO DE LEITOS NEONATAIS (PERFIL DO RN) BASEADO NA PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012 ...	59
APÊNDICE L - FICHA DE TRANSPORTE DA CRIANÇA.....	72
ANEXOS.....	66
ANEXO A - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	64
ANEXO B - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DA CRIANÇA	67

ANEXO C - FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS.....	69
ANEXO D - CONSULTA E EXAMES PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL	70
ANEXO E - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA	76
ANEXO F - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mapa de Vinculação da Gestante ao Local de Parto – Piauí	15
Quadro 2 - Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho) para o diagnóstico precoce de doenças congênitas realizado em recém-nascidos entre o 3º e o 5º dia após o nascimento	24
Quadro 3 – Kit de urgências e emergências obstétricas de gestantes/parturientes.-----	29
Quadro 4 - Indicadores para monitoramento e avaliação da implantação e qualificação de rede materna e infantil	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG	Adequado para a Idade Gestacional
ALT	<i>Alanine Aminotransferase</i> - Alanina Aminotransferase
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
AST	<i>Aspartate Aminotransferase</i> - Aspartato Aminotransferase
BCG	<i>Bacile Calmette-Guerin</i> - Bacilo de Calmette e Guérin
BsAg	<i>Hepatitis B surface Antigen</i> - Antígeno de Superfície da Hepatite B
CAB	Caderno de Atenção Básica
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CIUR	Crescimento Intra-Uterino Restrito
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Piauí
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i> - Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CPN	Centro de Parto Normal
CRM	Conselho Regional de Medicina
DBT	Deficiência de Biotinidase
DF	Doença Falciforme
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DT	Difteria e Tétano adulto (vacina adsorvida)
DTP	Difteria, o Tétano e Pertussis (ou coqueluche) (adsorvida)
dTpa	<i>Diphtheria, Tetanus, or Pertussis</i> - Difteria , Tétano e Coqueluche

DUDOH	Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar
DUVAS	Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde
FC	Fibrose Cística
FC	Frequência Cardíaca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundação Municipal de Saúde
FR	Frequência Respiratória
GAR	Gestante de Alto Risco
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HAC	Hiperplasia Adrenal Congênita
HBeAg	<i>Hepatitis B e-Antigen</i> - Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B
HbsAg	<i>Hepatitis B Virus Surface Antigen</i> - Antígeno de Superfície da Hepatite B
HC	Hipotireoidismo Congênito
HELLP	<i>Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low platelets</i> - Hemólise, Aumento das Enzimas Hepáticas) e Plaquetopenia
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	<i>Human Papillomavirus</i> - Papilomavírus Humano
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IG	Idade Gestacional
IgG	<i>Immunoglobulin G</i> - Imunoglobulinas de classe G
IgM	<i>Immunoglobulin M</i> - Imunoglobulinas de classe M
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corporal
ITU	Infecção do Trato Urinário
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i> - Escala de Dor Neonatal
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NMDER	Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica

PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEEP	Pressão Positiva Expiratória Final
PICC	Cateter Venoso Central com Inserção Periférica
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
Pinsp	Pressão Inspiratória
PKU	<i>Phenylketonuria</i> - Fenilcetonúria
PNI	Programa Nacional de Imunização
PP	Plano de Parto
RAR	Relatório de Alta Responsável
RAS - MI	Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RN	Recém-Nascido
RPR	<i>Rapid Plasm Reagin</i> - Testes Rápidos com Reaginas Plasmáticas
SAAF	Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípide
SAAS	Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde
SADEC	Sistema de Apoio à Decisão Clínica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMCON	Sistema de Monitoramento do Cuidado Obstétrico e Neonatal
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TAN	Traje Antichoque Não Pneumático
TARV	Terapia Antirretroviral
TGO	Transaminase Glutâmico Oxaloacética
TGP	Transaminase Glutâmico Pirúvica

TPP	Trabalho de Parto Prematuro
TSH	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i> - Hormônio Estimulador da Tireoide
TVP	Trombose Venosa Profunda
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFC	Unidades Formadoras de Colônias
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USG	Ultrassom Gestacional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> - Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas
VIG	Velocidade de Infusão de Glicose
VIP	Vacina Poliomielite 1,2 e 3 (inativada)
VOPb	Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada)
VRH	Vacina Rotavírus Humano
ZTORHCHS	Zika, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes e Sífilis

APRESENTAÇÃO

A vinculação da gestante ao local de parto consiste na referência das maternidades e/ou hospitais com leitos obstétricos que as gestantes devem ser reguladas para a realização do parto ou em situações que exijam assistência durante a gestação em intercorrências clínicas cuja relevância exija atendimento de urgência e/ou emergência em nível hospitalar.

Além de ter definida a sua unidade para realização de parto, a vinculação da gestante deve garantir cuidados que antecedem o momento do parto, entre eles, a elaboração do plano de parto, a estratificação de risco clínico e as vulnerabilidades sociais durante as consultas na Atenção Básica e Hospitalar, a oferta de consultas de pré-natal de alto risco, a garantia de exames para as gestantes de baixo risco e de alto risco, o relatório de alta responsável, o acesso aos leitos de forma regulada, a garantia de transporte inter-hospitalar e pré-hospitalar além de seguir o referenciamento definido no Desenho da Rede Alyne, no componente Parto e Nascimento (MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DO PARTO E INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS).

O Mapa de Vinculação é o conjunto das unidades de saúde organizadas por região e macrorregião de saúde considerando a capacidade instalada, a malha viária mais adequada e o vazio assistencial. Para a elaboração do Mapa de Vinculação, a SESAPI (Secretaria de Estado da Saúde do Piauí) considerou realizar investimentos nas maternidades já reconhecidas como estratégicas na RAS - MI (Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil), a concentração dos partos e nascimentos em maternidades que garantam qualidade, segurança e humanização, com número de partos maior ou igual a quinhentos partos (≥ 500) e descentralização de ambulatorios especializados em gestante e criança.

O Plano foi elaborado por uma equipe de técnicos composta por representantes da SESAPI, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do IFF (Instituto Fernandes Figueira) e da FMS (Fundação Municipal de Saúde). Esse grupo denominado de Grupo Técnico de Vinculação da Gestante faz parte da Estratégia QUALINEO.

A Estratégia QUALINEO foi criada pelo Ministério da Saúde visando contribuir para a redução da mortalidade neonatal. É desenvolvida em parceria com o IFF/Fiocruz, implementada em 2017. Suas ações abrangem três eixos, sendo um deles o fortalecimento das competências e capacidade de planejamento e gestão da rede de atenção nos estados e municípios brasileiros, sendo a elaboração desse Plano de Vinculação uma das ações desse grupo.

1 ELABORAÇÃO DO MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE

O Mapa de Vinculação da Gestante ao Local de parto trata-se da identificação das maternidades de referência para os partos de baixo e de alto risco e para intercorrências clínicas cuja relevância exija atendimento de urgência e/ou emergência em nível hospitalar por município, região e macrorregião de saúde.

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

Foi elaborado segundo a análise do fluxo de gestantes e de acordo com o número de nascidos vivos, capacidade instalada e malha viária mais adequada. A vinculação, portanto, deve ser seguida obedecendo o mapa de vinculação da gestante.

O Mapa de Vinculação mostra as Unidades de Saúde referências para os tipos de parto de risco habitual e de alto risco e por região e macrorregião de saúde.

O Mapa de Vinculação foi definido a partir dos critérios citados anteriormente se configurando conforme desenho apresentado abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 Mapa de Vinculação da Gestante ao Local de Parto – Piauí

MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DO PARTO E INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS						
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	ESTABELECIMENTO DE REFERÊNCIA POR TIPO DE PARTO				
		MUNICÍPIO	RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	CPN	CGBP
LITORAL	Planície Litorânea	Parnaíba	Maternidade Marques Bastos	Maternidade Marques Bastos	Hosp. Est. Dirceu Arcoverde- HEDA	Hosp. Est. Dirceu Arcoverde
			Hosp. Est. Dirceu Arcoverde- HEDA			
	Cocais	Piripiri	Hosp. Reg. Chagas Rodrigues	Hosp. Est. Dirceu Arcoverde	Hosp. Reg. Chagas Rodrigues	
		Esperantina	*Hosp. Est. Júlio Hartman		*Hosp. Est. Júlio Hartman	
MEIO NORTE	Carnaubais	Campo Maior	Hosp. Reg. Campo Maior	NMDER	***Hosp. Reg. Campo Maior	NMDER
	Entre Rios	**União	Hosp. Mun. União		Hosp. Mun. Água Branca	
		**Água Branca	Hosp. Mun. Água Branca		NMDER	
		Teresina	Maternidade D. Evangelina Rosa-Municipa- NMDER		*****Santa Maria da CODIPI	
			Mat. Satélite			
			Mat. Wall Ferraz			
			Mat. Promorar			
			Mat. Buenos Aires		Mat. Buenos Aires	
SEMIÁRIDO	Vale Do Sambito	Valença	Hosp. Est. Eustáquio Portela	Hosp. Regional Justino Luz	***hosp. Estadual eutáqui Portela	Hosp. Regional Justino Luz
	Vale Do Canindé	Oeiras	Hosp. Reg. Deolindo Couto		Hosp. Regional Deolindo Couto	
	Valo Do Itaim	Paulistana	Hosp. Reg. Mariana Pires Ferreira		*Hosp. Reg. Mariana Pires Ferreira	
	Vale Do Guaribas	Picos	Hosp. Regional Justino Luz		Hosp. Regional Justino Luz	

CERRADOS	Tabuleiro do Alto Parnaíba	Uruçuí	Hosp. Sen. Dirceu Arcoverde	Hosp. Reg. Tibério Nunes	Hosp. Sen. Dirceu Arcoverde	Hosp. Regional Tibério Nunes
	Chapada das Mangabeiras	Bom Jesus	Hosp. Reg. Manoel Sousa Santos-HEMSS		****Hosp. Reg. Manoel Sousa Santos-HEMSS	
		Corrente	Hosp. Reg. Dr. João Pacheco Cavalcanti		Hosp. Reg. Dr. João Pacheco Cavalcanti	
	Serra da Capivara	São Raimundo Nonato	Hosp. Reg. Sen Cândido Ferraz		Hosp. Reg. Sen Cândido Ferraz	
		São João do Piauí	Maternidade Municipal Mãe Elisa		****Maternidade Municipal Mãe Elisa	
	Vale dos Rios Piauí e Itaueira	Floriano	Hosp. Reg. Tibério Nunes		Hosp. Reg. Tibério Nunes	

* proposta selecionada pelo Plano de Governo (Expansão de Média e Alta Complexidade) **Aprovado por Resolução CIB Nº 456/2025 de 4/06/2025**

** projeto em fase de discussão com os gestores municipais e estadual

*** proposta selecionada pelo NOVO PAC (Transfere GOV)

**** programado no projeto da maternidade a ser construída pelo NOVO PAC

***** programado por recurso federal/Ministério da Saúde

Além do Mapa, deve ser seguido pelos municípios no processo de vinculação da gestante, o **Fluxo da Gestante por Município de Residência e Tipo de Parto (APÊNDICE A)** a ser seguido pelos municípios e pela regulação.

Cada região de saúde tem pelo menos um estabelecimento hospitalar de referência para o baixo risco. O critério principal utilizado para definição das referências foi a realização de mais de 500 partos/ano.

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

- I Hospital Municipal de União – União;
- II Hospital Municipal de Água Branca – Água Branca;
- III Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – Uruçuí;
- IV Hospital Manoel Sousa Santos – Bom Jesus.
- V Hosp. Reg. Marina Pires Ferreira- Paulistana
- VI Hosp. Reg. Dr João Pacheco Cavalcante

2 CRITÉRIOS PARA A VINCULAÇÃO DA GESTANTE

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

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

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

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

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

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

III Na ausência de realização de pré-natal, ou pré-natal realizado na rede privada de saúde, ou na impossibilidade de identificar o local de realização do pré-natal, a vinculação ocorre a partir do seu local de residência;

IV Nos casos em que a gestante preferir realizar o pré-natal em local diferente da sua referência, ela deve ser acolhida e com as justificativas apresentadas deve ser garantido o seu direito em fazer o pré-natal em local de sua escolha.

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

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

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

Para as gestantes estratificadas como de alto risco, em qualquer momento da gravidez, é fundamental o compartilhamento do cuidado entre as equipes da APS (Atenção Primária à Saúde) e AAE (Atenção Ambulatorial Especializada), garantindo a continuidade do cuidado “como se fossem uma única equipe”. **O Plano de Cuidados da Gestante (APÊNDICE B)** é a ferramenta mais importante para a integração entre as equipes.

Ele deve ser elaborado inicialmente pela APS e, com o primeiro ciclo de atendimentos pela equipe especializada, corrigido e complementado, com definição das metas terapêuticas e monitoramento das intervenções propostas.

O acompanhamento compartilhado quer dizer que a gestante continua a cumprir a agenda de atendimentos na APS, além de agregar os atendimentos no pré-natal de alto risco.

3 VISITA PRÉVIA DA GESTANTE À MATERNIDADE

Deverá ser garantida pelo menos 01 (uma) visita à maternidade de referência a toda gestante durante o acompanhamento no pré-natal.

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

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

Cada município deve organizar a visita de acordo com sua estrutura local. Compete à UBS onde a gestante realiza o pré-natal agendar com a Unidade Hospitalar/maternidade pelo menos 01 (uma) visita da gestante, e compete à Unidade Hospitalar/maternidade se organizar para receber a gestante na unidade hospitalar previamente na intenção de apresentar a instituição durante a visita.

4 VAGA SEMPRE

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

“Toda gestante, em qualquer idade gestacional, que tenha critério de admissão hospitalar, deverá ter sua vaga de internação garantida; em caso de necessidade de referenciamento, a responsabilidade pela remoção da gestante é da unidade hospitalar que assistiu e identificou os critérios de admissão, com suporte da central de regulação, quando necessário” (Brasil, 2018).

5 PLANO DE PARTO (PP)

A prática de apoio à gestante na elaboração do PP (**Plano de Parto**) (**APÊNDICE C**) deve ser instituída no protocolo de atenção ao pré-natal das UBS dos municípios do Piauí. O PP busca garantir às mulheres a participação nas decisões que envolvam o nascimento de seu filho, podendo definir os cuidados que considera importante durante seu trabalho de parto, parto e pós-parto, e como gostaria que seu/sua bebê fosse cuidado (a) logo após o nascimento.

É importante que a gestante seja esclarecida que nem sempre seu PP poderá ser seguido em sua totalidade, mas deve ser esclarecido quando isso não puder acontecer, outras

condutas respaldadas em evidências científicas devem ser oferecidas, permitindo que a gestante converse sobre o seu PP com profissionais de saúde que lhe acompanham no pré-natal, para que esclareçam todas as suas dúvidas e compartilhem as estratégias no momento do trabalho de parto.

O PP é uma prática recomendada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) por melhorar o nível do atendimento as mulheres e recém-nascidas/os, devendo ser estimulada e utilizada por todas as mulheres. Existem leis federais e diretrizes do Ministério da Saúde que garantem seu direito de escolha por uma maternidade segura, livre de intervenções desnecessárias e sem violência obstétrica.

6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO E VULNERABILIDADES SOCIAIS

Deve ser garantida o Acolhimento com Estratificação de Risco (A&C) da mulher durante todo seu ciclo gravídico puerperal, de acordo com o protocolo de Estratificação de Risco da Gestante e Puérpera na APS e nas maternidades, pactuado com os gestores e equipes assistenciais dos respectivos pontos de atenção da RAS – MI/PI e de acordo com a validação no Grupo Técnico de Vinculação da Gestante ao Local do Parto. Também deve ser assegurado o Acolhimento com Estratificação de Risco da criança.

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

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

A estratificação do risco das gestantes na atenção básica é uma estratégia de fundamental importância na redução de eventos negativos para a saúde da mulher e da criança e envolve as características individuais; as condições socioeconômicas; a história reprodutiva anterior e as intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como: gestação múltipla, patologias controladas ou não como fatores de risco fetais. O A&C na porta de entrada das maternidades é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado pela mesma.

Assim, o acolhimento e estratificação de risco levam à tomada de decisões pelo profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada associada ao julgamento clínico

embasado em protocolo fundamentado cientificamente utilizando fichas oficiais já implantadas no estado: a **Ficha de Estratificação de Risco Gestacional (ANEXO A)**, a **Ficha de Estratificação de Risco nas Maternidades (APÊNDICE D)**, a **Ficha de Estratificação de Risco da Criança (ANEXO B)**.

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

7 SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

A gestante/puérpera de alto risco deve ser atendida em ambulatório especializado de alto risco de modo compartilhado com a equipe de referência da APS.

O profissional da APS, ao estratificar o risco da gestante identificando-a como de alto risco, deve referenciá-la ao serviço especializado mediante o preenchimento da **Ficha de Marcação de Consultas (ANEXO C)** e do **Formulário Checklist de Documentos e Exames Linha da Gestante (APÊNDICE E)** de forma adequada e legível. Todas as informações devem constar na Caderneta da Gestante, uma vez que é ela o meio de comunicação entre a gestante, equipe da UBS/ESF e os profissionais da unidade especializada, e deixar agendada seu retorno para APS, pois o vínculo precisará ser mantido mais forte e mais frequente.

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

O profissional do serviço especializado deverá manter a equipe da APS informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio do preenchimento e encaminhamento do Plano de Cuidados da Gestante, da caderneta da gestante e do Relatório de Alta Responsável, se for o caso.

8 CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Para tanto, devem ser asseguradas consultas e exames definidos por tipo de parto: **Consultas e Exames Pré-natal de Risco Habitual (ANEXO D)**, **Consultas e Exames Pré-natal de Alto Risco (APÊNDICE F)**.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção:

promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do RN (Recém-Nascido), desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

O Estado e municípios, por meio das unidades integrantes de seu Sistema de Saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos discriminados abaixo:

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

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

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

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

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

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

- Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;

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

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

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

Recomenda-se o uso do SADEC (Sistema de Apoio à Decisão Clínica) que é um aplicativo *Web* responsivo, desenvolvido por meio de uma iniciativa do Ministério da Saúde, executada pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS), que conta com a parceria da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas).

O sistema tem como objetivo orientar e apoiar profissionais de saúde na tomada de

decisão que ocorre durante o processo de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, bem como em rotinas de consulta pré-natal. Acesso ao sistema: <https://sadec.iff.fiocruz.br>.

9 CONSULTAS E EXAMES DA GESTANTE DE ALTO RISCO

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

Neste sentido, reforça-se a importância da comunicação entre os serviços de atenção ao alto risco e APS por meio da referência e contra referência, além do preenchimento adequado da Caderneta da Gestante com o máximo de informações possíveis sobre as condutas tomadas diante da gestação em curso.

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

10 RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL (RAR)

Toda maternidade ficará responsável em elaborar o RAR (**Relatório de Alta Responsável**) (**APÊNDICE G**), um relatório gerencial de comunicação sobre o plano terapêutico da gestante/puérpera e RN a ser compartilhado entre coordenação/equipes APS e coordenação de maternidades.

A alta das pacientes pós - abortamento, das puérperas e dos RN's para a APS deverá ser segura e vinculada. Por ocasião da alta, a gestante e o RN deverão receber a Caderneta da Gestante e Caderneta da Criança, acompanhadas do relatório de alta devidamente preenchidos com dados do parto e nascimento, bem como a marcação da data do retorno para consulta na UBS.

11 AGENDAMENTO DA CONSULTA DE PUERPÉRIO

Como estratégia para promoção da consulta de puerpério, a gestante deverá sair da maternidade com a sua consulta e a consulta do seu bebê agendadas para a UBS de sua referência ou aquela que ela indicar.

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

Os profissionais devem estar preparados para atender esse binômio de forma mais completa e dinâmica possível, prioritariamente, observando os pontos abaixo:

I Identificar precocemente distócias pós-parto;

II Identificar laqueação correta, infecções, etc.;

III Estimular o AME (Aleitamento Materno Exclusivo) até os 6 meses de vida do RN, bem como instruir a mãe sobre a pega adequada;

IV Limpeza do coto umbilical, além de sempre promover educação em saúde, mostrando os benefícios do AME, a importância das consultas ao RN, o período correto de vacinação (seguindo o PNI - Programa Nacional de Imunização) e sua importância no desenvolvimento materno e infantil;

V Saúde sexual e planejamento reprodutivo: orientações, tipos de métodos contraceptivos e acesso aos serviços.

Os profissionais devem se programar para fazerem as visitas domiciliares após a alta hospitalar nas seguintes situações:

I Puérperas e RN's deverão ser atendidos na UBS do 5º ao 7º dia pós-alta hospitalar (Brasil, 2012);

II RN's de risco, de acordo com definição do Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, deverão ser atendidos até o 3º dia pós-alta hospitalar (Brasil, 2012);

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

No momento da alta, os profissionais da maternidade deverão entregar para a gestante/acompanhante o formulário com **Recomendações da Maternidade para a APS (APÊNDICE H)**.

12 TRIAGEM NEONATAL - IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE DE DEFICIÊNCIAS

O Teste do Pezinho é um exame de sangue coletado no pé do RN, que deve ser realizado entre o 3º e o 5º dia após o nascimento do bebê. Seu objetivo é diagnosticar precocemente doenças congênitas que causam complicações graves que, vão desde o retardo mental até o óbito (Quadro 2).

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

Quadro 2 Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho) para o diagnóstico precoce de doenças congênitas realizado em recém-nascidos entre o 3º e o 5º dia após o nascimento

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

Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf.

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

13 CURSO PARA GESTANTES

Com o objetivo de promover ações de educação e promoção da saúde, as equipes multiprofissionais de saúde podem organizar um curso para gestantes abordando temas essenciais sobre direitos e deveres da gestante, importância do pré-natal e sintomatologia fisiológica, doenças mais comuns, saúde bucal das gestantes e dos RN's, aspectos nutricionais e aleitamento materno, cuidados com os RN's, aspectos psicológicos da gestação e pós-parto, **Calendário de Vacinação da Gestante (APÊNDICE I)** e **Calendário de Vacinação da Criança (ANEXO E)**, exercícios para o momento do parto, sinais e sintomas do trabalho de parto e planejamento reprodutivo.

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

maternidade de referência e o aumento da eficácia no cuidado à gestante.

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

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

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

I Direitos e deveres da gestante;

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

14 REGULAÇÃO DO ACESSO A PARTIR DA APS

Considerando que a UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, que é o ponto de atenção onde a gestante é acolhida inicialmente e que os profissionais de saúde da APS são aptos a realizar um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez, todas as UBS do estado realizam pré-natal de risco habitual.

Os casos classificados como de risco intermediário (médio risco), no município de Teresina, há oferta de vaga para consulta nas maternidades municipais: Pronto Socorro Geral do Promorar - Promorar, Pronto Socorro Geral Dr. Luiz Milton de Area Leão - Satélite, Unidade Mista de Saúde Dr. Antonio Pereira A. Martins – Buenos Aires e Unidade Mista Prof. Wall Ferraz - CIAMCA. Essas vagas são disponibilizadas para todos os municípios piauienses através do sistema Gestor Saúde. Nos municípios de Parnaíba, Piripiri e Floriano, existe ambulatório de obstetrícia de risco intermediário, com agendamento para a população residente e referenciada, com regulação por sistema municipal.

Através do sistema Hydra, pela regulação estadual, são ofertadas consultas especializadas com obstetra para risco intermediário nos seguintes municípios: Oeiras, Parnaíba, Bom Jesus, Uruçuí e São Raimundo Nonato, para a população residente e referenciada, do respectivo território.

A regulação da gestante/parturiente na RAS - MI é coordenada pela APS tendo por base o Mapa de Vinculação da Gestante ao Local do Parto como estratégia de operacionalização conforme Plano de Vinculação da Gestante.

Regulação Ambulatorial

- Acesso aos Ambulatórios de Pré-Natal de Alto Risco

A recomendação é que o agendamento da consulta para o ambulatório de pré-natal de alto risco seja feito na UBS com a solicitação do profissional da APS que atende a gestante devendo preencher os formulários do **ANEXO A (Ficha de Estratificação de Risco da Gestante na APS)**, **ANEXO C (Fiha de Marcação de Cvonsulta)** e **APÊNDICE E (Checklist de Documentos e Exames da Linha da Gestante) .**

No Piauí, existe oferta e regulação ambulatorial de pré-natal de alto risco nos municípios de Teresina e Parnaíba. Em Teresina, para a NMDER (Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa), através do sistema Gestor Saúde, existe oferta para todo o estado dos seguintes procedimentos:

I Consulta médica em atenção especializada - NMDER - Consulta Pré-natal de Alto Risco – Consulta Inicial

II Consulta médica em atenção especializada - Consulta Inicial na Pediatria Alto Risco – NMDER (0 A 24 meses)

Em Parnaíba, o agendamento é realizado através do sistema Gestor Municipal, para os municípios da Planície Litorânea.

- Acesso aos Ambulatórios de Seguimento do Recém-nascido

Ao ser identificado o risco do RN, a recomendação é que o agendamento da consulta para o ambulatório de seguimento do RN seja feito na UBS com a solicitação do profissional da APS que atende a criança devendo preencher os formulários do **ANEXO B (Fiha de Estratificação de Risco da Criança)**, **ANEXO C (Ficha de Marcação de Consulta)** e **APÊNDICE E (Checklist de Documentos e Exames da Linha da Gestante)** .

Regulação dos Internamentos

O Acesso ao tratamento de intercorrências clínicas da gestação e ao parto e nascimento nos serviços de risco habitual, risco intermediário (médio risco) e alto risco deve ser feito seguindo o **Protocolo de Leitos Obstétricos de Alto Risco Baseado no Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde (APÊNDICE J)**, no **Protocolo de Ocupação de Leitos Neonatais** (perfil do RN baseado na portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012) (**APÊNDICE K**). O acesso deve ser solicitado com o preenchimento do formulário de **Solicitação de Regulação de Internações Hospitalares (ANEXO F)**.

Quando a gestante/parturiente é atendida em uma UBS e necessitar de internação hospitalar, o médico atendente solicita a regulação da gestante, o médico regulador analisa o caso e direciona para a unidade de referência de baixo, médio ou alto risco conforme o mapa de vinculação.

Regulação das Urgências Obstétricas

Uma das formas de apoio e capacitação obstétrica no momento da urgência é o **Suporte Remoto em Obstetrícia**, cujo objetivo é o de apoiar os profissionais na tomada de decisões clínicas em situações específicas como atendimento às urgências obstétricas hipertensivas, infecciosas e hemorrágicas, responsáveis pela maior parte dos óbitos maternos evitáveis (92%); atendimento nas intercorrências que necessitem de estabilização para transporte seguro de gestantes, parturientes e puérperas, em casos em que seja necessária a transferência de cuidado para outro nível assistencial.

O suporte remoto pode, portanto, oferecer orientações em muitas situações para a prestação do cuidado, seja na assistência direta, terapêutica correta, ou conduta de transporte seguro que pode impactar nas mortes por causas evitáveis, ou garantir uma sobrevivência para o tratamento adequado.

Uma das causas de mortes maternas está relacionada à falta de conhecimento da gravidade ou de condições de oferecer o suporte necessário em decorrência da baixa resolutividade/perfil assistencial dos estabelecimentos de saúde da rede, recorrendo então à regulação para outros estabelecimentos.

O Suporte Remoto, portanto, se constitui numa estratégia importante para a prevenção da morte materna uma vez que pode auxiliar na tomada de decisão clínica, garantir 1º atendimento adequado às urgências obstétricas ,favorecer estabilização da gestante/puérpera antes da transferência.

O Suporte Remoto tem como pré-requisitos para suas ações a definição das unidades que receberão o apoio dos especialistas, as quais compõem o mapa de vinculação, os insumos mínimos, os protocolos assistenciais e o sistema de transporte. O suporte é feito de uma unidade solicitante para uma unidade executante.

São unidades solicitantes: a APS, UPA (Unidade de Pronto Atendimento), Sala de Estabilização, Centros de Parto Normal, Unidades Mistas, Maternidades e Hospital Geral com leitos obstétricos. São unidades executantes: Serviço de Obstetrícia de referência com leitos GAR (Gestante de Alto Risco), UTI (Unidade de Terapia Intensiva) adulto e neonatal, Leitos, Equipamentos de retaguarda, Interconsultas com outras especialidades e Serviços de apoio, diagnóstico e terapia.

15 TRANSPORTE SANITÁRIO DA GESTANTE

Eletivo

Trata-se do deslocamento das gestantes para consultas e exames de caráter ambulatorial. É recomendado que seja garantido pelos municípios o transporte das gestantes para consultas e exames fora do domicílio, quando necessário.

Considerando a necessidade de ampliação da garantia do direito ao acesso do transporte sanitário em todo o estado do Piauí, recomenda-se a implementação do sistema de transporte regionalizado a exemplo do que existe no território Entre Rio (www.reabilitar.org.br).

Inter-hospitalar

Trata-se do deslocamento de gestantes e RN's entre UBS quando for definida a necessidade de internamento, quando for necessário atendimento em outra UBS independente do nível de complexidade ou para os casos indicados pela central de regulação de leitos ou central de regulação de urgências.

O transporte dos pacientes deverá acontecer com responsabilidade e segurança, cabendo à equipe obstétrica/neonatal assistente avaliar se a gestante/parturiente/RN está em condição de remoção, tanto no momento de sua solicitação como na ocasião do transporte.

Não deve ser permitido que os pacientes sejam movimentados em transporte próprio ou de seus responsáveis.

Fica a critério da equipe obstétrica/neonatal assistente a indicação de acompanhamento da gestante/parturiente/RN por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem durante o transporte sanitário. Ressalta-se que a gestante tem direito a um acompanhante de livre escolha durante todo o seu atendimento, inclusive na remoção.

Urgências

São realizadas pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) com a utilização da **Ficha de Transporte da Criança (APÊNDICE L)**. Deve ser garantida a disponibilidade de equipamentos e os insumos necessários para as especificidades das gestantes/parturientes e RN, como:

- I Incubadora de transporte - transparente, de dupla parede, bateria e fonte de luz;
 - II Cilindros de oxigênio recarregáveis (pelo menos dois);
 - III Balão autoinflável com reservatório;
 - IV Máscaras ou respirador neonatal;
 - V Monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso com bateria;
 - VI Kits de urgências e emergências obstétricas
- (Quadro 3).

Quadro 3 Kit de urgências e emergências obstétricas de gestantes/parturientes.

KIT PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS			
MEDICAMENTOS E SOLUÇÕES	QUANT.	MEDICAMENTOS E SOLUÇÕES	QUANT.
Ácido Tranexâmico 50mg/ml (Ampola)	08	Nifedipina 10mg (comp)	05
Água destilada (Ampola)	05	Ocitocina 5 UI/ml (Ampola)	08
Clorexidina sol aquosa	01	Ringer lactato 500ml	02
Dexametasona 4 mg/ml	04	Soro Fisiológico 0,9% (10ml)	05
Gluconato de cálcio a 10% (Ampola)	01	Soro Fisiológico 0,9% (100ml)	01
Hidralazina 20 mg (Ampola)	01	Soro Fisiológico 0,9% (500ml)	02
Lidocaína tubete	01	Soro Glicosado 5% (500ml)	01
Metilergometrina 0,2 mg/ml (Ampola)	02	Sulfato de magnésio 50% (Ampola)	05
Misoprostol 200 mcg	04	-	-
MATERIAIS HOSPITALARES	QUANT.	MATERIAIS HOSPITALARES	QUANT.

Abocath nº16, nº18, nº20	01 de cada	Luvras de procedimento	04
Agulhas (25 x 7 mm, 25 x 8 mm, 30 x 8 mm e 40 x 12 mm)	04 de cada	Luvras estéreis nº6,5; nº7,0; nº7,5; nº8,0	04 de cada
Almofolia de álcool	01	Manta térmica alumizada	01
Balão intrauterino	01	Máscara com reservatório	01
Bolsa coletora (Sistema fechado)	01	Multivias + Estensor	02
Campo cirúrgico pequeno (Estéril)	01	Pacote de gaze	02
Cânula de Guedel (Kit)	01	Pinça Cheron	01
Cateter tipo óculos	01	Polivix 2 vias	02
Coletor de urina (Sistema Fechado)	01	Scalp nº21 e nº23	01 de cada
Compressa cirúrgica 45 x 50 (Unid.)	01	Seringas para gasometria	06
Copo umidificador	01	Seringas (3ml, 5ml, 10ml e 20ml)	03 de cada
Copo coletor estéril	02	Garrote	01

Quadro 3 Kit de urgências e emergências obstétricas de gestantes/parturientes. (conclusão)

Fonte: Departamento da Qualidade e Projetos Especiais – SAAS (Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde).

KIT PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS			
MEDICAMENTOS E SOLUÇÕES	QUANT.	MATERIAIS HOSPITALARES	QUANT.
Equipo bomba de infusão	02	Sonda de aspiração oronasal nº12 e nº14	02 de cada
Equipo macrogotas	02	Sonda de Foley nº14 e nº16	01 de cada
Espadrapo	01	Swab	02
Fio seda 2.0	02	Termômetro	01
Frasco de hemocultura	01	Traje Antichoque Não Pneumático – TAN	01
Jaleco nº14, nº16, nº18 e nº20	02 de cada	Tubo para coleta de sangue (Citrato e EDTA)	02 de cada
Látex	01	-	-

16 MONITORAMENTO DA ESTRATÉGIA DE VINCULAÇÃO DAS UBS COM AS MATERNIDADES

A DUVAS (Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde) e a DUDOH (Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar), em articulação com o COSEMS – PI (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Piauí), serão os responsáveis pelo processo de Monitoramento da estratégia de vinculação das UBS com as maternidades. O Processo de monitoramento da vinculação da gestante ao local de parto consistirá em:

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

II Análises dos indicadores da estratégia de vinculação quadrimestralmente (Quadro 4);

III Estratégias para implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, pactuado com os gestores e equipes assistenciais baseado no documento nacional

IV PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) referente ao parto normal e cesariana Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf
2020.

Além disso, pode-se utilizar para o monitoramento os desfechos clínicos da assistência obstétrica e neonatal recomenda-se a utilização do SMCON (Sistema de Monitoramento do Cuidado Obstétrico e Neonatal) nos módulos parto e nascimento, abortamento e neonatal para acompanhamento dos serviços.

Quadro 4 Indicadores para monitoramento e avaliação da implantação e qualificação de rede materna e infantil

	INDICADORES DE SAÚDE MATERNA	FONTE
1	Proporção de gestantes com pelo menos 7 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	SISAB
2	Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal com realização de exames para sífilis e HIV	SISAB
3	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consulta pré-natal	SINASC
4	Taxa de Cesária	SINASC
5	RMM – Razão de Mortalidade Materna.	SINASC/SIM
INDICADORES DE SAÚDE MATERNA		
1	Proporção de RN com Apagar de 5 mim < 7	SINASC
2	Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer < 2.500g Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer < 1.500g	SINASC

3	Taxa de Mortalidade Perinatal	SINASC/SIM
4	Proporção de criança em acompanhamento de pericultura	SISAB
5	Taxa de incidência de Sífilis congênita em menores de 1 ano	SINAN/SINASC

Fonte: Indicadores selecionados e Portaria da Rede Cegonha Nº 650/2011.

17 PLANO DE DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE

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

A divulgação é de responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde, serviços de saúde, unidades ambulatoriais e hospitalares de saúde. Além da divulgação, sua implementação requer um processo de comunicação efetiva entre os atores envolvidos – gestor, profissional e usuário – e dos pontos de atenção.

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

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

REFERÊNCIAS

BRASI. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília DF; 2012.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações do transporte neonatal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Brasília, 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_transporte_neonatal.pdf A

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica da Rede Cegonha**. 2013. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha. **Inserção da Eletroforese de Hemoglobina nos Exames de Pré Natal – Rede Cegonha**. Disponível em:
https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/nt_035_2011_rede_cegonha_0.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada**

– **Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. 2019.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1321, de 18 de dezembro de 2018.** Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dezembro de 2018: Seção 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/e841640c81d34189bfa8502fccd0ec7f/Portaria_1321_18_12_2018.html.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Defin e%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Defin e%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS))

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** Editora do Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília, DF; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

BRASIL. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013.** Ministério da Saúde. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os

critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA, Piauí. **Gestor Saúde**. Disponível em: <https://fmsteresina.gestorsolucao.net.br/>.

SADEC. Sistema de Apoio à Decisão Clínica. 2024. **Calculadoras de risco e sugestões de diretrizes clínicas para Redução da Morbimortalidade Materna por Hemorragia, Hipertensão e Infecção**. Disponível em: <https://sadec.iff.fiocruz.br>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FLUXO DA GESTANTE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA E TIPO DE PARTO

FLUXO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DE PARTO E FLUXO POR DE RESIDÊNCIA MUNICÍPIO E TIPO DE PARTO				
MACROR REGIÃO DE SAÚDE	TERRITÓRIOS	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	MUNICÍPIOS E ESTABELECIMENTOS DE REFERÊNCIAS POR TIPO DE PARTO	
			RISCO HABITUAL	ALTO RISCO
LITORAL	COCAIS	Piripiri, Pedro II, Batalha, Capitão de Campos, Batalha (50%), Lagoa do São Francisco, São João da Fronteira, Porto, Brasileira, Domingos Mourão, Milton Brandão, N. S. Remédios, Piracuruca e São João do Arraial	PIRIPIRI HOSP. REG. CHAGAS RODRIGUES *CPN	PARNAÍBA/MATERNIDADE MARQUES BARROS PARNAÍBA/HOSP ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE (HEDA)
	PLANÍCIE LITORÂNEA	Esperantina, São João do Arraial, Matias Olímpio, Batalha, Morro do Chapéu, Campo Largo, Luzilândia, Joaquim Pires, Porto, Joca Marques, Madeiro, São Jose do Divino e Lagoa do São Francisco, Assunção, Barras, Batalha, Boa Hora, Cabeceiras, Miguel Alves e N. S. dos Remédios.	ESPERANTINA/ HOSP. EST. JULIO HARTMAN	
		Parnaíba, Ilha Grande, Luis Correia, Cocal.,	PARNAIBA/ MATERNIDAD E MARQUES BASTOS	
		Parnaíba, Luis Correia, Cocal., Buriti dos Lopes, Joaquim Pires, Cajueiro da Praia, Luzilândia, Caxingó, Bom Princípio, Caraúbas, Murici dos Portelas e Cocal dos Alves.	PARNAIBA/ HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE	

FLUXO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DE PARTO E FLUXO POR DE RESIDÊNCIA MUNICÍPIO E TIPO DE PARTO				
MACROR REGIÃO DE SAÚDE	TERRITÓRIOS	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	MUNICÍPIOS E ESTABELECIMENTOS DE REFERÊNCIAS POR TIPO DE PARTO	
			RISCO HABITUAL	*ALTO RISCO
MEIO NORTE	CARNAUBAIS	Campo Maior, Castelo, Sigefredo Pacheco, Boqueirão, Cabaceiras, Antônio e São João da Serra, Juazeiro do Piauí, São Miguel do Tapuio, N. S. Nazaré, Cocal de Telha, Assunção, Boa Hora, Jatobá, Buriti dos Montes, Juazeiro, Novo Santo Antonio	CAMPO MAIOR/HOSP. REG. CAMPO MAIOR CPN	TERESINA/NOVA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA
	ENTRE RIOS	União, José de Freitas, Lagoa Alegre e Miguel Alves	UNIÃO/ HOSP. MUN. UNIÃO	
		Água Branca, Agricolândia, Amarante, Angical, Barro Duro, Hugo Napoleão, Jardim do Mulato, Lagoinha do Piauí, Miguel Leão, Olho D'água, Passagem Franca, Regeneração, Santo Antônio dos Milagres, São Gonçalo do Piauí e São Pedro e Lagoa do Piauí.	ÁGUA BRANCA HOSP. MUN. DE ÁGUA BRANCA (Hosp. Sem. Dirceu Mendes Arcoverde) CPN	
		Teresina, Curralinhos, Demerval Lobão, Lagoinha do Piauí, Monsenhor Gil, Nazária e Palmeirais.	TERESINA MATERNIDADE DO PROMORAR	
		Teresina, Nazária, Pau D'Arco, Alto Longá e Beneditinos	TERESINA MATERNIDADE WALL FERRAZ	
		Teresina e José de Freitas	TERESINA MATERNIDADE DO BUENOS AIRES (CPN)	
		Teresina, Altos, José de Freitas, Alto Longá e Coivaras	TERESINA MATERNIDADE SATÉLITE TERESINA/MDER	

FLUXO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DE PARTO POR RESIDÊNCIA MUNICÍPIO E TIPO DE PARTO				
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	TERRITÓRIOS	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	MUNICÍPIOS E ESTABELECIMENTOS DE REFERÊNCIAS POR TIPO DE PARTO	
			RISCO HABITUAL	*ALTO RISCO
CERRADOS	ALTO PARNAÍBA	Uruçuí, Antônio Almeida, Baixa Grande do Ribeiro, Ribeiro Gonçalves e Sebastião Leal	URUÇUI/HOSP.REG. SEM. DIRCEU ARCOVERDE	FLORIANO/HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES
	CHAPADA DAS MANGABEIRAS	Bom Jesus, Redenção do Gurguéia, Cristino Castro, Currais, Palmeiras, Monte Alegre, Alvorada do Gurguéia, Santa Luz, Avelino Lopes e Morro Cabeça do Tempo, Curimatá, Júlio Borges	BOM JESUS/ HOSPITAL MANOEL DE SOUSA SANTOS	BOM JESUS/HOSPITAL MANOEL DE SOUSA SANTOS
		Corrente, Cristalândia, Monte Alegre, Riacho Frio, São Gonçalo do Gurguéia, Gilbués, Sebastião Barros, Barreira do Piauí e Paranaguá	CORRENTE/HOSP REG. DR JOÃO PACHECO CAVALCANTI	
	SERRA DA CAPIVARA	São Raimundo Nonato, Anísio de Abreu, Caracol, Dirceu Arcoverde, Canto do Buriti, Várzea Branca, Dom Inocêncio, Bomfim do Piauí, Guaribas, Fartura do Piauí, Jurema, São Braz do Piauí, Coronel José Dias, São Lourenço, Santa Filomena	SÃO RAIMUNDO NONATO HOSP. REG. SEM. CÂNDIDO FERRAZ CPN	SÃO RAIMUNDO NONATO/HOSP. REG. SEM. CÂNDIDO FERRAZ
		São João, Campo Alegre do Fidalgo, São Francisco de Assis, Nova Santa Rita, Capitão Gervásio, Lagoa do Barro, Paes Landim, Socorro Piauí, Pedro Laurentino, João Costa, Brejo, Conceição do Canindé, Ribeira do Piauí e São Miguel do Fidalgo	SÃO JOÃO DO PIAUÍ MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ELISA	
	VALE DOS RIOS PIAUÍ E ITAUEIRA	Santa Filomena, Santa Luzia, Arraial, Floriano, Canto do Buriti, Guadalupe, Marcos Parente, Francisco Aires, Flores, Canavieira, Itaueira, Bertolândia, Brejo, Jurema, Landri Sales, Manoel Emídio, Nazaré, Porto Alegre, Paes Landim, Pajeú, Rio Grande, Ribeira do Piauí, São Francisco e São José do Peixe., Pavussu, Tamboril, Jerumenha Elizeu Martins, Colônia do Gurguéia.	FLORIANO HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES CPN	FLORIANO HOSP. REG. TIBÉRIO NUNES

FLUXO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DE PARTO E FLUXO POR DE RESIDÊNCIA MUNICÍPIO E TIPO DE PARTO				
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	TERRITÓRIOS	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS	MUNICÍPIOS E ESTABELECIMENTOS DE REFERÊNCIAS POR TIPO DE PARTO	
			RISCO HABITUAL	*ALTO RISCO
SEMI ÁRIDO	VALE DO SAMBITO	Valença, Inhauma, Pimenteiras, Elesbão Veloso, Lagoa do Sítio, Novo Horizonte, Aroazes, Francinópolis, Barra do Alcântara, Santa Cruz dos Milagres, São Felix, São José do Piauí, Prata, São Miguel da Baixa Grande e Várzea Grande.	VALENÇA HOSP. ESTADUAL EUSTÁQUIO PORTELA CPN	PICOS/HOSP. REG. JUSTINO LUZ
	VALE DO CANINDÉ	Oeiras, Simplicio Mendes, Colônia do Piauí, Isaías Coelho, São João da Varjota, Santa Rosa do Piauí, Campinas do Piauí, Bela Vista, Cajazeiras, São Miguel do Fidalgo, Santo Inácio do Piauí, Tanque, Floresta, Paquetá, São Francisco do Piauí, Wall Ferraz, Ipiranga e Conceição do Canindé	OEIRAS HOSP. REG.DEOLINDO COUTO CPN	
	VALE DO GUARIBAS	Picos, Pio IX, Monsenhor Hipólito, Alagoinha, Ipiranga, Alegrete, Aroiera do Itaim, Santo Antônio de Lisboa, Geminiano, Sussuapara, Itainópolis, Fronteira, São José do Piauí, São Julião, Paquetá, Santa Cruz do Piauí, Santana, São João da Canabrava, Vera Mendes, São Luis, Bocaina, Francisco Santos, Dom Expedito Lopes, Campo Grande, Wall Ferraz, Vila Nova.	PAULISTANA HOSP. REG. MARIANA PIRES FERREIRA	
	CHAPADA VALE DO RIO ITAIM	Acauã, Belém do Piauí, Betânia, Caldeirão Grande, Caridade, Curral Novo, Francisco Macêdo, Jacobina, Simões, Jaicós, Marcolândia, Massapê, Padre Marcos, Patos, Paulistana, Queimada Nova.	PICOS HOSP. REG. JUSTINO LUZ CPN	

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2025.

APÊNDICE B - PLANO DE CUIDADOS DA GESTANTE

Paciente		DN:	01/10/1995	Sexo:	FEMININO	Prontuário:	119085
Mãe:		Idade:	28a 4m 6d	CPF:	06053266302	Nº Atend.:	468165
Cidade:		RG:		CNS:	70450635389131	Dt Atend.:	05/12/2023 07:12

GERAL 1121 JUL/23 Rev 01

PLANO DE CUIDADOS


1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome do usuário: <input type="text"/>			
Nome social: <input type="text"/>			
Endereço: <input type="text"/>			Município: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	UBS de origem: <input type="text"/>	ESF: <input type="text"/>	ACS(nome): CONCEIÇÃO
Apoio familiar(nome): <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>	Apoio comunitário(nome): <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>

2. AUTOCUIDADO DO USUÁRIO			
Letramento Funcional em Saúde(LFS): <input type="radio"/> Inadequado <input type="radio"/> Limitado <input checked="" type="radio"/> Adequado		Adesão Terapêutica: <input type="radio"/> Pouco aderente - intencional <input type="radio"/> Pouco aderente - não intencional <input checked="" type="radio"/> Aderente	
Capacidade de Autocuidado: <input checked="" type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Insuficiente	Estágio motivacional para mudança:	Suporte Familiar: <input checked="" type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Insuficiente	Suporte Social: <input checked="" type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Insuficiente

3. LISTA DE PROBLEMAS
<p>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):</p> <p>* EO: RISCO: ALTO RISCO (DMG) + NÓDULO NA HIPÓFISE + PÓLIPO ENDOMETRIAL</p> <p>SERVIÇO SOCIAL: NENHUMA DEMANDA SOCIAL IDENTIFICADA;</p> <p>PSICOLOGIA: ANSIEDADE EM DECORRÊNCIA DAS EXPECTATIVAS DA GESTAÇÃO;</p> <p>NUTRIÇÃO : IMC ADEQUADO PARA IG , PACIENTE BEM ORIENTADA FEITO AS RECOMENDAÇÕES ALIMENTAR</p> <p>MEDICA;DIABETES GESTACIONAL,TUMOR DE HIPOFISE FEZ USO DE CARBEGOLINA 0.5CM ANTES DA GRAVIDEZ</p>
<p>Problemas identificados pelo usuário:</p> <p>DESEJA PARTO NORMAL ,ANSIOSA</p>

(Continua)

Continuação)

Paciente		DN:	01/10/1995	Sexo:	FEMININO	Prontuário:	119085
Mãe:		Idade:	28a 4m 6d	CPF:	06053266302	Nº Atend.:	468165
Cidade:		RG:		CNS:	70450635389131	Dt Atend.:	05/12/2023 07:12

4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO LÓGICO									
Peso:	Estatura:	IMC:	Circunferências						
74,75 kg	1,72 cm	25,2	Abdominal:	Cefálica:	Torácica:	Panturrilha:			
			cm	cm	cm	cm			
TAX:	PAS:	PAD:	Freq. Radial	FR	Oximetria	Glicemia Capilar:			
36,8 °C	11 mmHg	7 mmHg	bpm	16 l/rpm	%	67 mg/dL			
DUM:	DPP:	IG:	IG US:	IGC:	BCF:	UF:			
28/05/2023	04/03/2024	27 sem 2 d	14/07/2023	25+6 sem	148 bpm	24CM			
Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):									
EXAMES COMPLEMENTARES:									
14/07 GLICEMIA JEJUM 95,9 M/DL									

5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES				
PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS/DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
DIABETES GESTACIONAL	CONTROLE ATRAVÉS DA DIETA/ MANTER OS NÍVEIS DE GLICEMIA COM VALORES O MAIS	CONTROLE COM GLICEMIA CAPILAR + MONITORIZAÇÃO DOMICILIAR COM GLICOSÍMETRO	P1	CONTROLE GLICÊMICO RIGOROSO
ANSIEDADE	DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS EMOCIONAIS	NAO TEM	P2	MONITORAMENTO EMOCIONAL

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

Paciente		DN:	01/10/1995	Sexo:	FEMININO	Prontuário:	119085
Mãe:		Idade:	28a 4m 6d	CPF:	06053266302	Nº Atend.:	468165
Cidade:		RG:		CNS:	70450635389131	Dt Atend.:	05/12/2023 07:12

6. MEDICAMENTOS

Alergia medicamentosa: NEGA

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G/P	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras):
COMBIRON	1 CP	VO	T	P	
FEMIBION 2	1	VO	M		

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

7. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)

ADESAO A DIETA E ADOÇANTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS.

ENTREGUE FICHA PARA MONITORAMENTO GLICIDICO.

8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

RETORNO COM EQUIPE

SOLICITADO EXAMES DO TERCEIRO TRIMESTRE E ECOCARDIOGRAFIA FETAL.

9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 A 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1 DMG	CONTROLE DA GLICEMIA + MONITORIZAÇÃO GLICÊMICA DOMICILIAR + PROFILAXIA PARA PE	EVITAR AGRAVOS RELACIONADOS A DMG	8/9	APS + MDER
P2				
P3				

(Continuação)

Continuação)


Paciente:		DN:	01/10/1995	Sexo:	FEMININO	Prontuário:	119085
Mãe:		Idade:	28a 4m 6d	CPF:	06053266302	Nº Atend.:	468165
Cidade:		RG:		CNS:	70450635389131	Dt Atend.:	05/12/2023 07:12

10. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA			
SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES
STV /PERDA DE LIQUIDO/CONTRAÇÕES RITIMADAS	BUSCAR URGÊNCIA OBSTÉTRICA	MDER	PACIENTE SE NECESSÁRIO ATENDIMENTO PROCURAR SERVIÇO MAIS PRÓXIMO, ATE SER REGULADA PARA A MATERNIDADE DE REFERENCIA MDER

11. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS			
APS	Data: 08/12/2023	Hora: 07	AAE
Gestante ou criança continuará sendo acompanhados no Ambulatório? SIM		Data: 05/12/2023	Hora: 07
		05/01/2024	Hora:
			Hora:

DATA DA ELABORAÇÃO, ASSINATURAS E CARIMBOS	
Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados ANA KARLA PARENTE ELVAS FEITOSA HOLANDA Médico MARIA CLARA NASCIMENTO OLIVEIRA Enfermeiro Obstetra Fisioterapeuta SONALY PIRES DE CARVALHO ARAUJO Nutricionista KAIO VITOR GONCALVES FERNANDES Psicólogo LIA MARA SABRINE DA SILVA OLIVIERA Assistente Social Fonoaudiólogo	Profissional de Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do Plano de Cuidados IASMIM MENEZES LIMA

Conclusão)

Paciente		DN:	01/10/1995	Sexo:	FEMININO	Prontuário:	119085
Mãe:		Idade:	28a 4m 6d	CPF:	06053266302	Nº Atend.:	468165
Cidade:		RG:		CNS:	70450635389131	Dt. Atend.:	05/12/2023 07:12

ANOTAÇÕES DA APS

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2024. Policlínica Thereza Chaib, Floriano, Piauí, 2024.

APÊNDICE C - PLANO DE PARTO

Plano de Parto

O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto, o parto e cuidado com o bebê, ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para assistência ao parto.

Meu nome: _____

Nome do bebê: _____

Data provável do parto: _____ **Onde será meu parto?** _____ Conheço o local onde será o meu parto? ☐ Sim ☐ Não

Meu(minha) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto será: _____

Minha doula ou parteira tradicional, parteira indígena ou quilombola será: _____

Participei do encontro/reunião de gestantes em: _____

Acompanhamento do trabalho de parto Em relação ao trabalho de parto:

- ☐ Gostaria de ter liberdade para movimentação.
- ☐ Caso esteja disponível, quero usar equipamentos como bola, cadeira de parto e barras.
- ☐ Caso esteja disponível, desejo usar alguma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), como aromaterapia, massagem, musicoterapia, auriculoterapia.
- ☐ Gostaria de ter liberdade para me alimentar e tomar líquidos conforme minha vontade.
- ☐ Desejo ser informada sobre o que vai acontecer/está acontecendo comigo durante o trabalho de parto.
- ☐ Desejo que a monitorização do meu bebê seja realizada nos intervalos adequados e preferencialmente na posição mais confortável para mim.
- ☐ Caso seja necessário o uso de ocitocina ou outras medicações, que seja esclarecido e justificado o motivo, assim como explicados seus riscos e benefícios.
- ☐ Desejo que sejam ofertadas medidas para alívio da dor como: massagem, exercícios pélvicos, banho quente, analgesia epidural e/ou raquianestesia, entre outras.
- ☐ Solicito a realização apenas dos exames de toque vaginal estritamente necessários.
- ☐ Estou ciente de que o trabalho de parto pode não se desenvolver como o planejado. Caso isso aconteça, desejo ser informada e consultada sobre todas as possibilidades relativas ao meu caso.

Parto

O momento do parto é único e especial, poder vivenciá-lo em um ambiente acolhedor e respeitoso é fundamental para garantir que você se sinta tranquila e confiante e possa receber seu bebê com serenidade.

Em relação ao parto:

- ☐ Gostaria de ter liberdade para escolher a posição em que desejo ter o bebê.
- ☐ Desejo que meu bebê seja colocado imediatamente em meu colo após o parto e que permaneça em contato pele a pele comigo por pelo menos uma hora, garantindo a liberdade para amamentar.
- ☐ Gostaria de aguardar o cordão parar de pulsar para realizar o corte.
- ☐ Gostaria que não fosse realizada a episiotomia. Quanto ao rompimento da bolsa amniótica, se necessário, desejo ser informada e esclarecida previamente sobre a realização do procedimento.
- ☐ Não aceito que minha barriga seja empurrada para baixo (manobra de Kristeller).
- ☐ Desejo realizar força somente durante as contrações e de forma espontânea, em vez de ser conduzida durante o período expulsivo.
- ☐ Gostaria de aguardar expulsão espontânea da placenta. Caso seja necessário adotar manejo ativo, desejo ser esclarecida e consultada previamente.
- ☐ Desejo iniciar método contraceptivo logo após a saída da placenta.

Cuidado com o bebê

Após o nascimento, os cuidados com o bebê são de extrema importância para assegurar seu bem-estar e adaptação ao ambiente externo. Ao adotar esses cuidados iniciais, o bebê terá maior chance de apresentar um desenvolvimento saudável e feliz no futuro.

Em relação aos cuidados iniciais do bebê:

() Desejo ser informada e orientada sobre os procedimentos a serem realizados no bebê após o nascimento.

() Desejo que o bebê permaneça todo o tempo no quarto de parto comigo, mesmo durante exames e avaliações.

() Caso o bebê necessite de atendimento em outro espaço, meu(minha) acompanhante deverá acompanhá-lo todo o tempo.

Outras considerações:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da Gestante: _____

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

Profissional: _____

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2025

APÊNDICE D - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS MATERNIDADES

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

Ficha 02

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

CLASSIFICAÇÃO:



VERMELHO



LARANJA



MARELO



VERDE



AZUL

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

7. QUEIXA / FLUXOGRAMA:8. PARAMETROS DE AVALIAÇÃO:

PA=____x____mmHg FC=____bpm FR=____ipm Temp.=____°C SatO₂____ Glicemia:____mg/dl.

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

DOR:____/10 Localização_____

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

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

() presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/-):____se ausente

Outras queixas

9. MEDICAMENTOS EM USO:

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

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____ Carimbo e assinatura

APÊNDICE E - FORMULÁRIO CHECKLIST DE DOCUMENTOS E EXAMES LINHA DA GESTANTE

(Continua)

CHECKLIST DE DOCUMENTOS E EXAMES LINHA GESTANTE

1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome do usuário:		
Nome social	Data de Nascimento: _/ _/ _ Idade:	
Cartão SUS/CPF:	Prontuário:	ACS:
Endereço:		Município:
Unidade de Saúde de origem:		
Linha de Cuidado:		
Estratificação de Risco:		
Primeiro Atendimento na AAE () Atendimento Subsequente()		
Apresenta alguma necessidade especial? () Sim () Não Qual?		

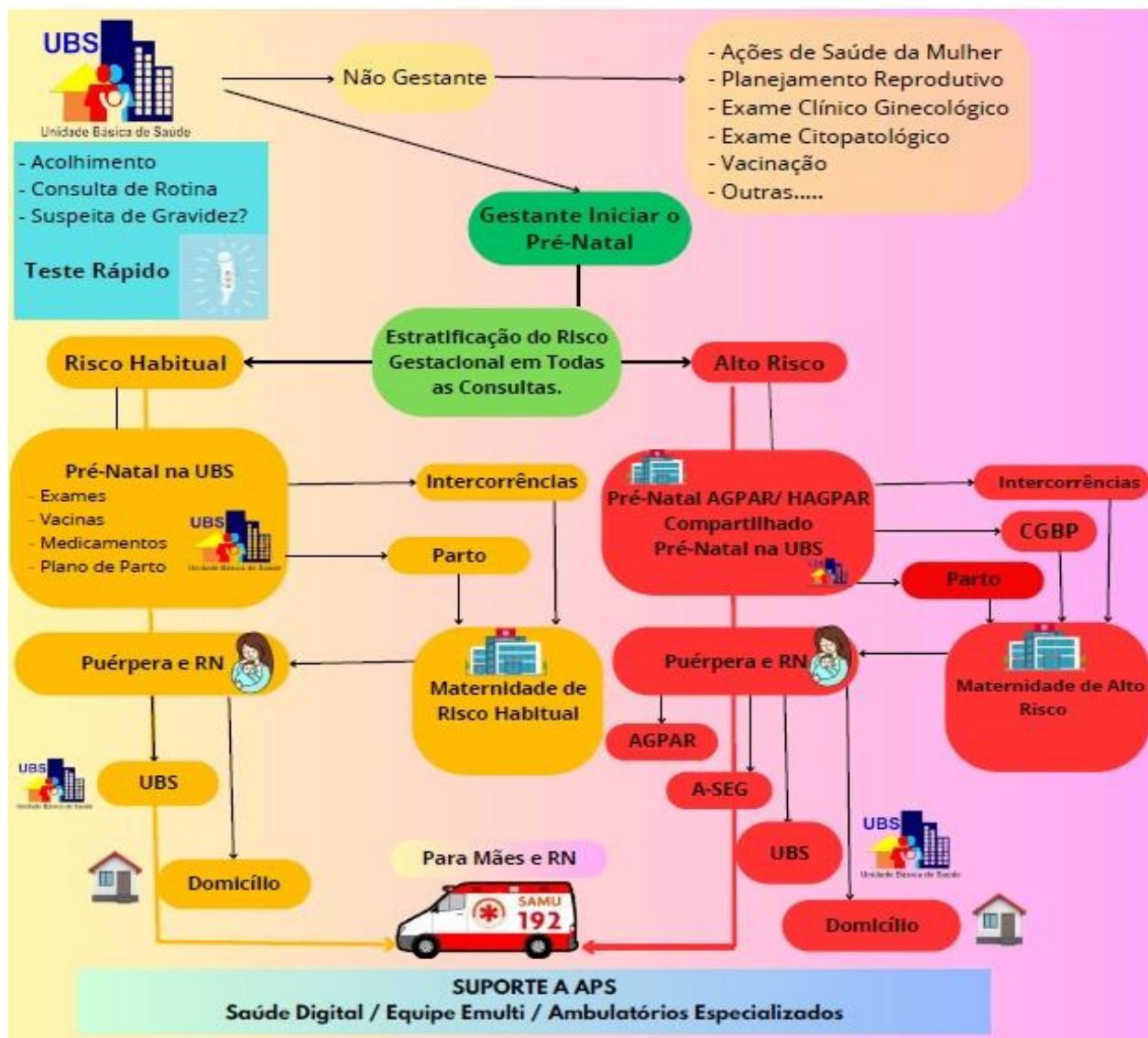
2. CHECKLIST PARA AGENDAMENTO DOS ATENDIMENTOS NA AAE LINHA DE CUIDADOS: GESTANTE DE ALTO RISCO				
Sim	Não	Item		
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE		
		Documento de identificação com fotoCartão SUS		
		Caderneta da Gestante		
		Cartão de vacinação atualizado		
		Prescrição das medicações em uso		
		Mapa do monitoramento pressórico (se gestantes com hipertensão arterial)		
		Mapa do monitoramento glicêmico ou glicosímetro (se gestantes com diabetes)		
		Para puérperas ou gestantes que tenham sido internadas no hospital e/ou maternidade no período, dever ser apresentado o sumário de alta ou plano de cuidados hospitalar		
		Gestantes e/ou puérperas menores de 18 anos de idade e/ou com capacidade de autocuidado insuficiente, é necessária a presença de um acompanhante com maior idade legal e capacidade para apoiar a usuária para seu autocuidado		
Exames do pré-natal correspondentes à idade gestacional que devem ser apresentados			1º trimestre	2º trimestre
		Hemograma	X	
				X

	Tipagem sanguínea e fator Rh	X		
	Coombs indireto (se for Rh negativo)	X	X	X
	Glicemia de jejum	X		X
	Teste de tolerância para glicose		X	
	Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR	X		X
	Teste rápido diagnóstico anti-HIV	X		
	Anti-HIV	X		X
	Toxoplasmose IgM e IgG (deverá ser repetido no segundo e terceiro trimestres se o IgG e IgM não for reagentes no primeiro trimestre)	X	X	X
	Sorologia para hepatite B (HbsAg)	X		X
	Sumário de urina	X	X	X
	Urocultura	X		X
	Eletroforese de hemoglobina	X		
	Citopatológico de colo de útero (último resultado, caso tenha sido colhido recente e aguarda o resultado, registrar no formulário de compartilhamento do cuidado a data da coleta)	X		
	Ultrassonografia obstétrica, morfológica ou Doppler (se existirem exames não obrigatórios que tenham sido realizados, é importante sua apresentação no dia do atendimento)	X		
Data: ____/____/____		Assinatura do Profissional:		

(Conclusão)

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2024. Policlínica Thereza Chaib, Floriano, Piauí, 2024.

APÊNDICE F - CONSULTA NO PRÉ-NATAL - FLUXOGRAMA DAS GESTANTES



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2025.

APÊNDICE G - RELATÓRIO DE ALTA RESPONSÁVEL

RESUMO DE ALTA /ENCAMINHAMENTO

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

DADOS DA PACIENTE:

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

DADOS CLÍNICOS DA ADMISSÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS:

CONDICÕES NA ALTA:

PLANEJAMENTO PÓS-ALTA/RECOMENDAÇÕES:

DATA DA ALTA: / /

Profissional/Carimbo

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2024.

APÊNDICE I - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA GESTANTE

VACINAS	ESQUEMA E RECOMENDAÇÕES		OBSERVAÇÕES
VACINAS RECOMENDADAS			
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) - dTpa ou dTpa-VIP-IM (0,5 ml). Dupla adulto (difteria e tétano) dTpa-IM (0,5 ml).	HISTÓRICO VACINAL	CONDUTA NA GESTAÇÃO	Revisar a situação vacinal na primeira consulta de pré-natal. A dTpa está recomendado em todas as gestações, pois tem além de proteger a gestante e evitar que ela transmita <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto, protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado. Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível. Na falta de dTpa, pode ser substituído por dTpa-VIP, ficando a critério médico uso do off label em gestantes.
	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o comprovante tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.	
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar o intervalo mínimo de 1 mês entre elas.	
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.	
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar o intervalo mínimo de 1 mês entre elas.	
Hepatite B - IM (< 20 anos - 0,5ml e > 20 anos 1ml).	Iniciar ou completar três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses		A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis. Atualizar a situação vacinal desde a 1ª Consulta Pré-Natal.
Influenza TRIVALENTE INF3 (gripe) - IM ou SC 0,5ml.	Dose única anual (Vacina da temporada)		A gestante é um grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada em qualquer fase gestacional e em qualquer idade.
Covid-19	Pfizer (Comirnaty)		* Uma dose a cada gestação em qualquer fase gestacional e em qualquer idade. * Observar as faixas etárias indicadas para cada produto disponível
	< 12 anos - 0,3ml IM, frasco com tampa cor azul, não diluir.		
	A partir de 12 anos - 0,3ml IM, frasco com tampa cor cinza, não diluir.		
	Moderna (Spikevax)		
	< 12 anos - 0,25ml IM		
	A partir de 12 anos - 0,5ml		
	Serum /Zalika		
A partir de 12 anos - 0,5ml			

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2025.

APÊNDICE J - PROTOCOLO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DE ALTO RISCO BASEADO NO MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA
COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

PROTOCOLO DE LEITOS OBSTÉTRICO DE ALTO RISCO BASEADO NO MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pacientes obstétricas que se enquadram no perfil de alto risco e que devem ser transferidas para os serviços de referência de forma responsável (contato com a central de regulação, estabilização da paciente, relatório clínico, transporte adequado).

- **Trabalho de parto prematuro (TPP*) abaixo de 35 semanas de IG** (paciente entre 35 e 37 semanas de IG pode ser atendida no risco habitual desde que o serviço tenha Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal).

* TPP: presença de contrações uterinas frequentes (pelo menos duas em dez minutos), associadas a dilatação cervical ≥ 3 cm e/ou esvaziamento cervical $\geq 50\%$.

- **Complicações hipertensivas:**

- Pré-eclâmpsia grave: pressão arterial $\geq 160/110$, medida após um mínimo de 10 minutos de repouso, na posição decúbito lateral esquerdo;

* OBS1: Considera-se igualmente pré-eclâmpsia grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg
- Pressão arterial sistólica igual/maior que 160mmHg
- Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dl
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia E distúrbios visuais)
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia ($<100.000/mm^3$)
- Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

* OBS2: Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são: Acidente vascular cerebral, sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose • presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio.

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.

- Eclâmpsia: crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia. Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico.

• **Síndrome HELLP:** É o quadro clínico caracterizado por hemólise (H = "hemolysis"), elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = "low platelets Count"). Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.

• **Amniorrexe prematura com feto >22 semanas de IG:** perda de líquido vaginal de em qualquer quantidade, mas de forma persistente, podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal, preferencialmente, mas não obrigatoriamente, após realização do teste de cristalização do muco cervical (paciente entre 35 e 37 semanas de IG pode ser atendida no risco habitual desde que o serviço tenha UCI neonatal).

- **Hemorragias,** exceto abortamento (IG < 22 semanas) ou abortamento infectado, incluindo descolamento prematuro de placenta e placenta prévia, independentemente da dilatação cervical.

- Prenhez ectópica.
- Anemia grave (hemoglobina < 8) com instabilidade hemodinâmica.
* OBS: Se a paciente apresentar sinais e sintomas claros de anemia grave com instabilidade hemodinâmica (mucosas hipocoradas +++ ou mais, PA \leq 90 x 60 mmHg, rebaixamento do nível de consciência, pulso fino ou ausente), indicada a transferência mesmo na ausência de resultado de hemograma.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, cardiopatia descompensada, etc.
- Malformações fetais em gestação > 22 semanas de IG, em trabalho de parto ou indicação de interrupção.
- Obesidade mórbida IMC >40 com comorbidade.
- Feto > 22 semanas isoimunizado.
- Feto morto complicado (infecção e sinais de choque).
- RCIU com indicação de parto prematuro terapêutico em gestação com IG \leq 34 semanas.
- Iteratividade (duas ou mais cesáreas prévias) com IG \geq 39 ou IG < 39 se trabalho de parto ou outra indicação materna ou fetal de antecipação do parto.

Outras situações não citadas neste protocolo devem ser atendidas nas maternidades de risco habitual, salvo casos graves, que necessitem consequentemente de atendimento no serviço terciário (exemplos: sepse, diabetes mellitus gestacional descompensado, cardiopatia materna ou fetal, malformações fetais e outras doenças na gestação).



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA
COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

ANEXO I

FLUXOGRAMA PARA ORIENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTABILIZAÇÃO DA GESTANTE ANTES DA TRANSFERÊNCIA

Na situação de prematuridade:

Gestação de 24 até 36 semanas em trabalho de parto. Conduta:

- Fazer 12 mg de betametazona IM (1ª dose). Após 24 horas aplicar a 2ª dose.
- Na indisponibilidade da betametazona, fazer dexametazona 6 mg IM a cada 12 horas.
- Nifedipina 20 mg VO (dose de ataque)

Hemorragias do 3º trimestre da gestação. Conduta:

- Acesso venoso com abocate nº 18
- Infusão rápida de 1000 ml de ringer lactato seguida da infusão de 500 ml a cada hora.
- Evitar toque vaginal, realizando exame obstétrico através do uso do espécuro.

Pré-eclâmpsia grave/Eclâmpsia. Conduta:

Acesso venoso com abocate nº18

Hipotensor:

Hidralazina - 20mg/ampola. Diluir 01 ampola em 09 ml de AD e fazer 2,5mg IV se PA > ou = a 160x110mmhg.

Esta dose pode ser repetida a cada 20' por no máximo 6x. Não tentar baixar muito a PA, pois irá diminuir a circulação para o feto e comprometer seu bem-estar.

Se não for possível acesso venoso fazer:

1/2 ampola de hidralazina (10mg) IM podendo ser repetida a cada 20' por no máximo 3 doses.

Ou Nifedidina 10mg VO podendo ser repetida após 30'por no máximo 3 doses

Sulfato de Magnésio

Dose de ataque: 8 ml de sulfato de magnésio a 50% em 42ml de ringer lactato ou soro glicosado a 5% em 10-15 minutos, lentamente.

Ou 01 ampola de sulfato de magnésio a 50% (5g - 10ml) IM profundo em cada glúteo.

NO CASO DE ECLÂMPSIA, ASSEGURAR AS VIAS AÉREAS PÉRVIAS, OXIGÊNIO E DOIS ACESSOS VENOSOS DE GROSSO CALIBRE.

APÊNDICE K - PROTOCOLO DE OCUPAÇÃO DE LEITOS NEONATAIS (PERFIL DO RN) BASEADO NA PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA
COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

PROTOCOLO DE OCUPAÇÃO DE LEITOS NEONATAIS (PERFIL DO RN) BASEADO NA PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012

UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido (RN) grave ou com risco de morte, assim considerados:

- I- Recém-nascido de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória em uso de CPAP nasal com necessidade de FiO2 maior que 40% para manter saturação maior que 88%;
- II- Recém-nascido menor de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas;
- III- Recém-nascidos que necessite de cirurgia de grande porte (gastrosquize, hérnia diafragmática, atresia de esôfago, laparotomia exploradora e outras cirurgias indicadas pelo cirurgião da unidade onde será realizado o procedimento cirúrgico) ou recém-nascidos- nascidos que necessitem de neurocirurgia.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- O estado do Piauí não dispõe de cirurgia cardiológica neonatal, não justificando a transferência de crianças com cardiopatia congênita cirúrgica (salvo RN hemodinamicamente instáveis/descompensados, que necessitem de cuidados de UTI Neonatal), sendo importante que o serviço de origem faça transferência do recém-nascido para Tratamento Fora do Domicílio.

As UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições:

- I- Recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares.
- II- Recém-nascido com desconforto respiratório leve ou moderado que não necessite de assistência ventilatória mecânica.
- III- Recém-nascido com peso superior a 1.000g, quando estáveis, em nutrição enteral para acompanhamento clínico e ganho de peso, venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável.
- IV- Recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão.
- V- Recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico.

ALCON (Alojamento Conjunto) quando a mãe permanece internada ou leito clínico pediátrico após a alta materna podem destinar-se ao atendimento de recém-nascido estável, com peso maior que 1800g em dieta oral nas seguintes condições:

- I- RN em uso de antibiótico com infecção controlada.
- II- RN em uso de fototerapia sem níveis de exsanguineotransfusão.
- III- RN em ganho de peso com aleitamento materno insuficiente.
- IV- RN que necessite de acompanhamento de fonoaudiologia, fisioterapia ou terapia ocupacional que não possa ser realizado em ambulatório ou em domicílio.

*OBS: RNs com diagnóstico de sífilis congênita não têm indicação de transferência inter-hospitalar, podendo ser tratados no serviço de origem.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA
COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

Diante da necessidade de transferência de RN para outro serviço (inter-hospitalar) deve-se contatar o Serviço de Regulação e seguir os passos da transferência responsável, sem os quais o serviço que recepcionará o paciente não tem obrigações em recebê-lo pela necessidade de registro no gestor SUS.

- 1- Solicitação e confirmação da vaga pelo Serviço de Regulação.
- 2- Informação ao responsável pelo RN da necessidade de transferência com assinatura de Termo de Consentimento.
- 3- Solicitação do SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- Avançado para transporte neonatal de Alto Risco.
- 4- Estabilização clínica pré-transporte.
- 5- Relatório clínico.

Responsabilidades da Central de Regulação:

A Central de Regulação exerce um papel fundamental na gestão de leitos obstétricos e neonatais, otimizando o processo das transferências de gestantes, puérperas e recém-nascidos.

Diariamente a Central deve mapear e monitorar, em cada turno de plantão, a existência e disponibilidade de leitos relacionados à contratualização entre as unidades assistenciais de gestão estadual, bem como leitos contratualizados com outras esferas (municípios), por meio de contato telefônico com as unidades hospitalares de assistência materno infantil para levantar dados sobre os leitos disponíveis, taxa de ocupação, possíveis altas no dia, funcionamento da unidade e profissionais responsáveis pelo plantão.

Deve ainda realizar atualização diária do registro de dados em relação a disponibilidade de leitos e de solicitação de transferência, com isso proporcionando agilidade e viabilidade na identificação de vaga, seguida da transferência.

A central de regulação realiza supervisão nos serviços materno infantil, monitorando a ocupação dos leitos e confrontando as informações repassadas pelos Núcleos Internos de Regulação - NIR's- por contato telefônico e a realidade constatada por meio de visita técnica. Registre-se que o coordenador ou plantonista do NIR é o principal interlocutor entre a unidade hospitalar e o complexo regulador

Tendo em vista que a ocupação de leitos ocorre de forma dinâmica dentro das unidades, o registro das vagas é função dos Núcleos Internos de Regulação, que o farão no sistema informatizado de regulação, por equipamento "online", tornando-se desnecessária a ligação telefônica para confirmação de vaga.

Deste modo, a maior responsabilidade da regulação é dar assistência e promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta disponível às necessidades imediatas do paciente, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Perfil dos serviços neonatais

A Portaria 930/2012 define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Portaria considera recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida.

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA
COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de Unidade Neonatal e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado.

O serviço de UTIN deve garantir no próprio serviço, a beira do leito:

- a) Assistência nutricional: terapia nutricional (enteral e parenteral).
- b) Assistência farmacêutica.
- c) Assistência clínica: vascular e cardiovascular; neurológica; ortopédica; urológica; gastroenterológica; nefrológica; hematológica; hemoterápica; oftalmológica; otorrinolaringológica; de infectologia; cirúrgica pediátrica; endocrinológica.
- d) Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria.
- e) Serviço de imagem: radiografia móvel; ultrassonografia portátil; endoscopia digestiva alta e baixa; fibrobroncoscopia; eletroencefalografia.

O serviço de UTIN deve garantir no próprio serviço ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica:

- a) Cirurgia pediátrica: cardiovascular; vascular; neurológica; ortopédica; urológica.
- b) Ressonância magnética; tomografia computadorizada; anatomia patológica.
- c) Agência transfusional 24 horas.
- d) Assistência clínica de genética.

UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

Quando não fizer parte de uma Unidade Neonatal que possua UTIN, a UCINCo deverá:

- 1- Contar com ventilador pulmonar microprocessado: 1 (um) para 15 (quinze) leitos para o suporte ao RN que necessite ventilação mecânica até a transferência para serviço de UTIN;
- 2- Garantir assistência e estabilização do RN grave até a transferência para UTIN, com acesso a: assistência nutricional; terapia nutricional (enteral e parenteral); assistência farmacêutica; assistência clínica vascular e cardiovascular; serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; radiografia móvel; ultrassonografia portátil; agência transfusional 24 horas.

Outras informações importantes: o fluxo dos pacientes entre a maternidades que atendem o risco habitual e alto risco deverá obedecer ao Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, bem como as demais pactuações ou planos aprovados para o Estado.

Referências:

Atenção à Saúde do Recém-Nascido vol. 3 - Ministério da Saúde/SAS- 2011.
 Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru - Ministério da Saúde/SAS - 2011.
 Manual de Orientação sobre o Transporte Neonatal- Ministério da Saúde/SAS-2010.
 Portarias MS nº 930 de 2012 e 1.020 de Maio de 2013.

APÊNDICE L - FICHA DE TRANSPORTE DA CRIANÇA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ- CPP
COORDENAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO ESTADO



FICHA DE REGULAÇÃO DO NEONATO

INTER-HOSPITALAR ()

INTRA-HOSPITALAR ()

NECESSITA DE LEITO MATERNO () SIM () NÃO

1-IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

RN de _____
DN ____/____/____ às ____:____ SEXO: Feminino () Masculino () Genitália ambígua ()
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: _____

2-HOSPITAL DE ORIGEM

Motivo do transporte _____

Doença de base _____

Saída ____/____/____ às ____:____ h Chegada ____/____/____ às ____:____ h Duração: _____ minutos

3-HISTÓRIA MATERNA

Idade: _____ COR: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Fator Rh: _____ Coombs indireto: _____

OBSTÉTRICA: Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Vivo: _____

DUM ____/____/____ PRÉ-NATAL: Sim: _____ Nº de consultas _____ Não: _____

Rotura de membrana: Sim: _____ : _____ horas Não: _____

EXAMES: VDRL _____ TOXO _____ HBsAg _____ Anti-HIV _____ Outros _____

US - Gestacional _____

Patologias: não () sim () Quais? _____

4-HISTÓRIA NEONATAL

IG: _____ semanas Tipo de Parto: _____ Ordem Gemelar: _____

Líquido Amniótico: _____ APGAR: 1º _____ Minuto 5º _____ Minutos

Reanimação: Sim () Não () tipo: _____

Peso ao nascer: _____ g comprimento: _____ cm Perímetro Cefálico: _____ cm

Grupo Sanguíneo: _____ Fator Rh: _____ Coombs direto: _____

5-PROCEDIMENTOS E MEDICAÇÕES

Oxigênio Suplementar Sim () Não () Tipo: _____

Cânula traqueal sim: _____ não: _____ Intercorrência? _____

Acesso vascular sim: _____ não: _____ Qual? _____

Periférico () Umbilical arterial () Umbilical venoso () PICC () flebotomia () Intra-ósseo ()

Intercorrência? _____

Hidratação venosa: início do transporte Volume _____ ml/kg, VIG _____ mg/kg/min

Final do transporte Volume _____ ml/kg, VIG _____ mg/kg/min

Volume recebido no transporte: _____



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA/COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ- CPP
COORDENAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO ESTADO



Drogas de infusão contínua sim () não () Quais? _____

Início do transporte Volume: _____ ml/kg Final do transporte Volume: _____ ml/kg,
 Medicação de emergência sim _____ não _____ Quais? _____

7-MONITORAÇÃO SSVV

Parâmetros	Saída	Chegada
PA		
Temperatura		
FC		
FR		
Sat O2		
Glicemia		

MONITORIZAÇÃO VETILAÇÃO

Parâmetros	Saída	Chegada
Pinsp		
PEEP		
FR		
NIPS		

8-EQUIPAMENTOS NECESSIDADE PARA O TRANSPORTE

Incubadora de transporte sim () não () Intercorrência? _____
 Oxímetro de pulso sim () não () Intercorrência? _____
 Bomba de infusão sim () não () Intercorrência? _____
 Ventilador mecânico sim () não () Intercorrência? _____
 Ventilador manual em T sim () não () Intercorrência? _____
 Balão auto-inflável sim () não () Intercorrência? _____
 Cilindro de oxigênio sim () não () Intercorrência? _____
 Aspirador portátil sim () não () Intercorrência? _____

EVOLUÇÃO DO RN NO TRANSPORTE: _____

DESTINO DO RN: _____ SENHA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
(assinatura e carimbo)

VIG: velocidade de infusão de glicose; PCC: Cateter venoso central com inserção periférica; PINS: Pressão inspiratória; PEEP: pressão positiva expiratória final

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2024.

ANEXO A

FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Nome: _____		CPF: _____	
Endereço: _____		Ponto _____ de _____ Referência: _____	
Bairro/Distrito: _____		ESF: _____	
ACS: _____		_____	
DUM: ____/____/____ Data provável do parto: ____/____/____		Maternidade de referência: _____	
Escolaridade: _____		Ocupação: _____ Tel: _____	
BAIXO RISCO (RISCO HABITUAL)			
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS FAVORÁVEIS			
Idade entre 16 e 34 anos			
Aceitação da gestação			
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO			
Ausência de intercorrências clínicas			
Tabagismo (Fagerström <5)			
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL			
Ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação anterior/atual			
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR			
Intervalo Interpartal maior que 2 anos			
BAIXO RISCO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS COM ACOMPANHAMENTO COMPARTILHADO COM EQUIPE E-MULTI OU ESPECIALIZADA			
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos			
Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse			
Indícios ou ocorrência de violência			
Situação conjugal insegura			
Insuficiência de apoio familiar			
Capacidade de autocuidado insuficiente			
Não aceitação da gestação			
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)			
Uso de medicamentos teratogênicos			
Altura menor que 1,45m			
IMC <18,5 ou 30kg/m ² a 39kg/m ²			
Transtorno depressivo ou de ansiedade leve			
Uso ocasional de drogas ilícitas			
Etilismo sem indicativo de dependência (Questionário CAGE-USP)			
Tabagismo com baixo grau de dependência (Fagerström 5 a 7)			
Gestante em situação de rua ou em comunidade indígenas, quilombolas ou migrantes			
Gestante negra (cor de pele preta ou parda)			
Diabetes gestacional sem uso de medicamento			
Outras condições de saúde de menor complexidade			
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR			
Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos)			
Pré-eclâmpsia em gravidez anterior			
Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade			
Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia)			
Malformação fetal			
Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos)			
Diabetes gestacional			
Infertilidade			
Cesáreas prévias (2 ou mais)			
Cesariana prévia com incisão clássica, corporal, longitudinal			
Intervalo interpartal <2 anos			
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO			
Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso			
Asma controlada sem uso de medicamento contínuo			
Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação			
CONDIÇÕES E INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL			
Gestação resultante de estupro?			
Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite			
Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excesso)			
Doenças infecciosas: Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples ?			
Suspeita ou confirmação de dengue, vírus zica, chikungunya ou oropouche (quadro febril exantemático) ?			
Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9g/dl e 11g/dl)			
ALTO RISCO			

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Etismo com indicativo de dependência (Questionário CAGE-USP)	
Gestação de pessoas transsexuais	
Tabagismo com indicativo de dependência elevada (Fagerström 8 a 10)	
Dependência e/ou uso abusivo de drogas	
Agravos alimentares ou nutricionais: IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$, desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros)	
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).	
Abortamento tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada	
Acretismo placentário	
Isoimunização Rh em gestação anterior	
Pré-eclâmpsia grave; Síndrome HELLP	
Prematuridade anterior	
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
Pneumopatias graves: asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística	
Nefropatias graves: insuficiência renal e rins multicísticos	
Endocrinopatias: diabetes mellitus, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo	
Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio	
Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.	
Doenças neurológicas: epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves	
Doenças autoimunes: lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras collagenoses	
Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicornado, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos ou cirurgia uterina prévia fora da gestação	
Neoplasias (qualquer): quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento	
Transplantes	
Cirurgia bariátrica	
Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; tuberculose; hanseníase; hepatites; leishmaniose, condiloma acuminado (verruca viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal)	
Diagnóstico de HIV/Aids prévio	
Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras que necessitem de acompanhamento e medicação	
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	
Mola hidatiforme	
Gestação gemelar monócórionica	
Gestação multifetal (mais de 1 feto na cavidade uterina)	
Gestação por reprodução assistida	
Diabetes gestacional com necessidade de insulina ou repercussão fetal	
Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou de instalação precoce (< 34 semanas)	
Tromboembolismo na gestação	
Infecção urinária de repetição: 3 ou mais episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou 2 ou mais episódios de pielonefrite	
Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; tuberculose; hanseníase; hepatites; leishmaniose	
Restrição de crescimento fetal confirmada	
Desvios da quantidade de líquido amniótico	
Isoimunização Rh	
Insuficiência istmo-cervical diagnosticada na gestação atual	
Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual	
Anemia grave (hemoglobina <9g/dL) ou anemia refratária a tratamento	
Hemorragias na gestação atual	
Placenta Prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas)	
Acretismo placentário	
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal	
Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado	
Outras condições de saúde de maior complexidade	
ALTO RISCO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS	
Gestação múltipla monicórionica	Marque (x)
Isoimunização Rh em gestação anterior	
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal	
Diagnóstico de HIV/AIDS	
Transplantes	
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA - HOSPITAL	
Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)	Marque (x)
Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo)	
Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável	
PAS $\geq 160\text{mmHg}$ ou PAD $\geq 110\text{mmHg}$, escotomas visuais, diplopia, cefaleia, epigastria, dor no hipocôndrio direito e confusão mental	
Eclâmpsia/convulsões	
Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurosífilis	
Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar	
Anidramnio	
Polidrâmnio grave ou sintomático	

Ruptura prematura de membranas	
Hipertonia uterina	
Gestação a partir de 41 semanas ou mais confirmadas	
Hemoglobina menor que 7g/dL ou sintomática, com dispneia, taquicardia e hipotensão	
Dor abdominal intensa/abdome agudo em gestante	
Suspeita/diagnóstico de TVP	
Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação	
Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação	
Vitalidade fetal alterada: perfil biofísico fetal ≤ 6 ; diástole zero em umbilical, cardiotocografia não tranquilizadora, ausência ou redução de movimentos fetais por mais de 12 horas em gestação com mais de 26 semanas e suspeita de morte fetal	
Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional	
Trabalho de parto pré-termo	
Outras urgências clínicas	

Fonte: Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

Questionários CAGE/Fagerström

Anexos para avaliação do risco	
Questionário CAGE – RASTREIO DO ETILISMO	
C- (cut down)- Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou para de beber?	0- () não 1- () sim
A- (annoyed)- As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0- () não 1- () sim
G- (guilty)- Se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?	0- () não 1- () sim
E- (eye opened)- Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0- () não 1- () sim
Resultado: Se duas ou mais questões foram respondidas afirmativamente, procure um profissional de saúde para conversar seu modo de consumo.	
Questionário Fagerström - MEDE O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA	
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? <input type="radio"/> Dentro de 5 minutos <input type="radio"/> Entre 6 a 30 minutos <input type="radio"/> Entre 31 a 60 minutos <input type="radio"/> Depois de 60 minutos	2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, etc.) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Que cigarro você mais sofreria em deixar? <input type="radio"/> O primeiro da manhã <input type="radio"/> Outros	4. Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="radio"/> Até 10 <input type="radio"/> De 11 a 20 <input type="radio"/> De 21 a 30 <input type="radio"/> Acima de 30
5. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo o dia? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Conclusão sobre o grau de Dependência	
0 a 2 (muito baixo) 3 a 4 (baixo) 5 (médio) 6 a 7 (elevado) 8 a 10 (muito elevado)	
Soma dos pontos:	

ANEXO B - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DA CRIANÇA

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPAT/DUVAS/GAS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE



FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA (0 a 5 anos)

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da criança:			
Nome da mãe:			
CNS:	Prontuário:	Data de nascimento:	
UBS:	Profissional responsável:		
Microárea:	ACS responsável:		
Beneficiário do Programa Bolsa Família () Sim () Não			
Participa do Programa Criança Feliz: () Sim () Não			
CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO QUANTO AO RISCO DE COMPLICAÇÕES NEONATAIS, DE ACORDO COM O PESO E IDADE GESTACIONAL, AO NASCER			
Peso ao Nascer	Extremo baixo peso ao nascer	< 1.000g	
	Muito baixo peso ao nascer	< 1.500g	
	Baixo peso ao nascer	< 2.500g	
	Peso excessivo ao nascer	> 4.500g	
Idade gestacional	Extremamente prematuro	IG < 28 semanas	
	Muito prematuro	IG de 28 a 31 semanas	
	Pré-termo moderado	IG de 32 a 33 semanas	
	Pré-termo tardio	IG de 34 a 36 semanas	
	Termo precoce	IG de 37 a 38 semanas	
	Termo completo	IG de 39 a 41 semanas	
	Pós - termo	IG ≥ 42 semanas	
Proporcionalidade entre peso ao nascer e IG	Adequado para a Idade Gestacional (AIG)		
	Pequeno para a idade gestacional (PIG)	Crescimento simétrico	
		Crescimento assimétrico	
	Grande para a idade gestacional (GIG)		

RISCO HABITUAL

Risco inerente à própria condição do ciclo de vida

RISCO INTERMEDIÁRIO (dois ou mais fatores de risco)

Fatores relacionados às condições de saúde na primeira semana e no primeiro mês de vida		Fatores sociofamiliares	
Recém-nascidos termo precoce com IG de 37 a 38 sem		Gravidez não aceita	
Risco de Hiperbilirrubinemia indireta patológica		Mãe adolescente	
Risco de desmame precoce		Mãe com baixa escolaridade (< 5 anos de estudo)	
Risco de sepse neonatal		Pai com baixa escolaridade (< 5 anos de estudo)	
Fatores relacionados à nutrição		Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto (< 6 consultas, não	
Desmame do aleitamento exclusivo antes de 6 meses de vida		realização de exames e tratamento indicados não realizados ou incompletos)	
Desmame do aleitamento antes de 24 meses de vida		Irmãos < 5 anos com internação de repetição ou óbito por causa	
Distanciamento do canal de crescimento da criança, em fase inicial		Mãe ausente por doença, abandono ou óbito	
Fatores relacionados ao cuidado		Indícios de violência física, sexual ou psicológico	
Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado		Negligência com relação às necessidades da criança	

Não comparecimento à agenda de acompanhamento		Fatores relacionados ao ambiente	
Higiene oral e corporal inadequado		Exposição a fumaça ambiental do tabaco	
Mãe ou cuidador não habilitado		Condições de moradia desfavorável	
Doenças Próprias do ciclo de vida		Vulnerabilidade socioeconômica	
Doenças transitórias, sem complicações		Dificuldades de acesso aos serviços de saúde e sociais	
Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária, doença periodontal			
RISCO ALTO (um ou mais fatores de risco)			
Condições Perinatais		Fatores evolutivos	
Baixo peso (2.500g)		Crescimento fora dos limites padronizados para a idade	
Prematuridade (IG < 37 semanas ao nascer)		Desenvolvimento insatisfatório para a idade	
PIG (CIUR)		Transtorno do Espectro Autista	
GIG		Sinais de violência física, sexual ou psicológica	
Apgar <=6 no quinto minuto		Obesidade	
Asfixia Perinatal		Infecções do trato respiratório inferior de repetição	
Hiperbilirrubinemia indireta grave		Asma moderada ou grave	
Hiperbilirrubinemia direta ++		Doença diarreica crônica ou de repetição	
Infecções crônicas do grupo ZTORCHS, confirmadas ou em investigação		Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica	
Malformações congênitas graves		Infecção urinária	
Cromossomopatias		Complicações de infecções do sistema nervoso central	
Complicações da prematuridade		Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunes	
Doença pulmonar crônica		Cardiomiopatia, miocardite e outras doenças cardiovasculares e	
Retinopatia e cegueira		HIV/AIDS confirmado ou em investigação	
Surdez		Leucemia e outras neoplasias	
Outras, Qual?		Doenças diagnosticadas na triagem neonatal	
Fatores Maternos		Outras doenças evolutivas graves	
Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas		Intercorrências repetidas com repercussão clínica	
Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas		1 ou mais internações no último ano	
Depressão materna		1 ou mais internações no último ano	
Doenças maternas graves e/ou não controladas		Condições Especiais	
		Peso ao nascer < 2000g ou IG < 34 semanas	
		Malformação congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica	
		2 ou mais internações no último anos	

Fonte: MG e CONASS

* Fatores de risco para hiperbilirrubinemia indireta patológica: baixo peso ao nascer, prematuridade, hemólise, asfixia ao nascimento, infecções, história familiar de icterícia grave, perda de peso do recém-nascido >10% nos primeiros 5 dias de vida associada à dificuldade de sucção ao peito ou presença de outras alterações ao exame clínico; † fatores de risco para sepse neonatal: baixo peso ao nascer, prematuridade, ruptura de bolsa antes do trabalho de parto, bolsa rota acima de 18 horas e sinais de corioamnionite, como febre materna, dor suprapúbica, líquido amniótico fétido e história de infecção de trato urinário não tratado no último mês de gestação; ‡ icterícia, fezes claras e urina escura.

IG: idade gestacional; PIG: pequeno para a idade gestacional; CIUR: crescimento intrauterino restrito; GIG: grande para a idade gestacional; ZTORCHS: vírus zika, toxoplasmose, outras doenças, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis

Referências:

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004
CONASS. Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas no Município de Santo Antônio do Monte (MG). Oficina para validação da estratificação de risco das condições crônicas. Santo Antônio do Monte, 2013.

ANEXO C - FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

- Ficha de Encaminhamento para a AAE



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

Carimbo Município Solicitante

Ficha de Marcação de Consultas /Exames			
Procedimento(S)(Em Caso de exames solicitar no Máximo 3)		Este ato é pago SUS, é proibida a cobrança de taxas	
		Nº do Cartão SUS	
Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)			
Nascimento	Idade	Sexo	Documento do Paciente (Tipo, número)
Nome da Mãe			
Endereço (Logradouro, Número)			
Bairro		Complemento	
CEP	Município	UF	Fone
Dados Clínicos		Data do Solicitação	
		Carimbo Assinas Médico Solicitante	

Protocolo

CERAS:

Agendamento- Marcação Via Central	
Local de Atendimento	
Nome do Profissional	Endereço
Data e Hora do Comparecimento	Carimbo Assinatura de Reposta Pelo Agendamento
____/____/____ às ____:____	

Caro Usuário, _____ Número do Agendamento: _____

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou qualquer documento se for atendido

ANEXO D - CONSULTA E EXAMES PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL**PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL****A ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPÉRAL**

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

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

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

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

- 1.- Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- 2.- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. - Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - 3.1- Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - 3.2 - Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
 - 3.3 -Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
 - 3.4 - Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;

PROTOCOLO DE CONSULTAS E EXAMES NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

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

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).

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

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

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

3.5 – Exames laboratoriais: EXAMES DE ROTINA

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina > 11g/dl – normal. Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. Hemoglobina < 8 g/dl – anemiagrave. 	<ul style="list-style-type: none"> Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina*	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> HbAA: sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde ofertar).
		<ul style="list-style-type: none"> A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo 	<ul style="list-style-type: none"> Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai

Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta	<p>sanguíneo + fator Rh positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo. 	<p>com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto	A partir da 24ª semana	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar ao alto risco. Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ repetir exame de 4/4 semanas; ✓ imunoglobulina anti-D pós- parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Glicemia em jejum	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo. Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional (DMG). 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	24ª-28ª semanas**	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ em jejum > 110 mg/dl; ✓ após 2 horas > 140 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
			<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratá-la empiricamente.

Urina tipo I	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cincocélulas por campo. • Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco. • Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.
Urocultura e antibiograma	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). • Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trata com antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes, • Repetir urinocultura sete a dez dias após o término do tratamento.
Teste rápido de proteinúria***	Indicado para mulheres com hipertensão na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência: < 10 mg/dl (valor normal). • Traços: entre 10 e 30 mg/dl. • (+) 30 mg/dl. • (++) 40 a 100 mg/dl. • (+++) 150 a 350 mg/dl. • (++++>) > 500 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> • A presença de proteinúria (+) ou mais deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.
Teste rápido para sífilis ou VDRL	1ª consulta 3º trimestre (28ª semana)	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal. • Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico. Não precisa aguardar VDRL para iniciar tratamento; • Ver novo PCDT de tratamento de IST; • Repetir o exame no 3º trimestre (28ª semana), no

			<p>momento do parto e em caso de abortamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificar, testar parcerias sexuais e monitorar.
<p>Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)</p>	<p>1^a consulta 3^o trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido não reagente: normal. • Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A gestante deve ser encaminhada para serviço de pré-natal de alto risco. • Manter seguimento na Atenção Básica. • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.
<p>Sorologia hepatite B (HBsAg)</p>	<p>1^a consulta 3^o trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HBsAg não reagente: normal. • HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer aconselhamento pré e pós-teste. • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco. • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1^o trimestre. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade.
<p>Toxoplasmose IgG e IgM</p>	<p>1^a consulta 3^o trimestre****</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IgG e IgM reagentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; ✓ avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame. • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. 	<ul style="list-style-type: none"> • Notificar, referenciar para o alto risco e manter seguimento na APS. • Confirmada a infecção aguda antes da 30^a semana, deve-se manter a espiramicina (1 g – 3.000.000 UI), de 8/8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez. • Se a infecção se der após a 30^a semana, recomenda-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina (25 mg), de 12/12 horas, por via oral; sulfadiazina (1.500 mg), de 12/12 horas, por via oral; e ácido fólico (10 mg/dia) – este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina. • Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis:

		<ul style="list-style-type: none"> IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> Se idade gestacional > 30 semanas, não é necessário avaliar o líquido amniótico. Inicia-se esquema tríplice pela alta probabilidade de infecção fetal.
Parasitológico de fezes	Quando anemia present e ou outras manifestações sugestivas	<ul style="list-style-type: none"> Negativo: ausência de parasitos. Positivo: conforme descrição deparasitos. 	<ul style="list-style-type: none"> Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre ocorrência de parasitoses intestinais.
Ecocardiograma fetal	Entre 26ª e 30ª semanas	Se alguma alteração	Se constatado qualquer alteração que coloque em risco a gestação, encaminhar a gestante para tratamento médico adequado a fim de salvaguardar a vida mãe/bebê.
Ultra Sonografia Obstétrica	1º, 2º e 3º trimestre	Avaliar IG, nº de fetos, translucência nucal, morfologia fetal, crescimento fetal, localização placentária, volume do líquido amniótico e placenta..	Se constatado qualquer alteração que coloque em risco a gestação, encaminhar a gestante para tratamento médico adequado a fim de salvaguardar a vida mãe/bebê..
Teste HTLV (Vírus Linfotrópico Humano de Células T	1ª trimestre	positivo	<ul style="list-style-type: none"> Se positivo encaminhar a gestante para tratamento médico adequado a fim de salvaguardar a vida da mãe e bebê (suspender aleitamento materno).

Notas: * Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha.¹⁰

** Nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM.

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

**** Se IgG e IgM negativos no 1º exame.

• Incluir o exame de gota espessa para malária na rotina do pré-natal em áreas endêmicas para a doença.

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG (Via de Administração ID - Intradérmica)	1ª dose: ao nascer, ainda na maternidade ou na primeira visita ao serviço de saúde, até 30 dias de vida	Formas graves de tuberculose (miliar e meníngea) e complicações causadas pelo M. tuberculosis
	Vacina hepatite B (recombinante) - HB2 (Via de Administração (IM) Intramuscular)	1ª dose	Infecções causadas pelo vírus da hepatite B e suas complicações (hepatite B, hepatite D)
2, 4 e 6 meses	Vacina penta (Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada) -	3 doses 1ª dose: aos 2 meses 2ª dose: aos 4 meses 3ª dose: aos 6 meses	Difteria (C. diphtheriae), tétano (C. tetani), coqueluche (B. pertussis), hepatite B (vírus da hepatite B), infecções causadas pelo Haemophilus influenzae b e suas complicações
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) – VIP (Via de Administração (IM) Intramuscular)	3 doses 1ª dose: aos 2 meses 2ª dose: aos 4 meses 3ª dose: aos 6 meses	Poliomielite (paralisia infantil) e
		1 dose de reforço: aos 15 meses de idade	suas complicações, causada por poliovírus tipos 1, 2 e 3.
	Vacina rotavírus humano G1P (atenuada) – VORH (Via de Administração Oral)	2 doses 1ª dose: 1 mês e 15 dias a 11 meses e 29 dias de idade 2ª dose: 3 meses e 15 dias a 23 meses e 29 dias de idade Atenção: Caso a 1ª dose NÃO seja realizada dentro do intervalo preconizado (1 mês e 15 dias a 11 meses e 29 dias de idade), a criança perderá a oportunidade da 2ª dose	Gastroenterite viral causado pelo Rotavírus sorogrupo G1, e suas complicações.
	Vacina pneumocócica 10 Valente (conjugada) – VPC10 (Via de Administração (IM) Intramuscular)	2 doses 1ª dose: aos 2 meses 2ª dose: aos 4 meses	Doenças invasivas e otite Doenças pneumocócicas invasivas (otite média aguda, sinusite, pneumonia, endocardite, meningite, septicemia, dentre outros) e suas complicações, causadas por sorotipos do S. pneumoniae que compõem a vacina.
3 meses e 5 meses	Vacina adsorvida meningocócica C (conjugada) - Men C (Via de Administração IM-Intramuscular)	2 doses 1ª dose: aos 3 meses 2ª dose: aos 5 meses	Doença meningocócica (meningite, encefalite, meningoencefalite, meningococcemia), causadas pela N. meningitidis sorogrupo C, e suas complicações.

6 meses	<p>Vacina influenza trivalente (fragmentada, inativada) - INF3</p> <p>Via de Administração IM (intramuscular) ou SC (subcutânea)</p> <p>Vol da Dose 6 meses a 2 anos de idade 0,25 mL A partir de 3 anos de idade 0,5 mL</p> <p>Vacina covid-19</p> <p>Via de Administração IM (Intramuscular)</p>	<p>6 meses e 5 anos, 11 meses e 29 dias de idade Crianças indígenas e crianças com comorbidades entre 6 meses e 8 anos, 11 meses e 29 dias</p> <p>Sem histórico vacinal</p> <p>3 doses</p> <p>1ª dose: aos 6 meses</p> <p>2ª dose: aos 7 meses</p> <p>3ª dose: aos 9 meses (Vacina Pfizer/Comirnaty RNAm frascoampola tampa cor vinho)</p> <p>2 doses</p> <p>1ª dose: aos 6 meses</p> <p>2ª dose: aos 7 meses (Vacina Moderna/Spikevax RNAm). Utilizar esta opção em caso de indisponibilidade da vacina Pfizer/Comirnaty RNAm</p>	<p>Influenza (gripe), causada pelo Myxovirus influenzae, e suas complicações</p> <p>Formas graves e óbitos por covid-19, causadas pelo vírus SARS-CoV-2, e complicações</p>
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada) – VFA	<p>1 dose: aos 9 meses de idade</p> <p>1 dose de reforço: aos 4 anos de idade</p>	Febre amarela, causada por arbovírus do gênero Flavivírus, família Flaviviridae, e complicações
12 meses	Vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada) – SCR (tríplice viral)	1ª dose aos 12 meses de idade	Sarampo (Morbillivirus), Caxumba (Rubulavirus), rubéola (Rubivirus) e complicações
	Vacina pneumocócica 10 valente	1 dose de reforço, observando intervalo recomendado	Doenças pneumocócicas invasivas (otite média aguda, sinusite, pneumonia, endocardite, meningite, septicemia, dentre outros) e suas complicações, causadas por sorotipos do S. pneumoniae que compõem a vacina.
	Vacina adsorvida meningocócica C (conjugada) - Men C	1 dose de reforço, preferentemente aos 12 meses (com a vacina Men ACWY)	Doença meningocócica (meningite, encefalite, meningoencefalite, meningococcemia), causadas pela N. Meningitidis soro grupo C, e suas complicações.
	Vacina meningocócica ACWY (conjugada) – MenACWY Via de Administração (IM) Intramuscular	1 dose	Doença meningocócica (meningite, encefalite, meningoencefalite, meningococcemia), causadas pela N. meningitidis sorogrupos A, C, W135, Y e suas complicações.
15 meses	Vacina adsorvida hepatite A (inativada) – Hainf Via de Administração (IM) Intramuscular	1 dose: aos 15 meses de idade	Hepatite A, causada pelo vírus hepatite A, e complicações
	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (tríplice bacteriana) – DTP	<p>2 doses de reforço</p> <p>1ª dose de reforço: aos 15 meses de idade</p> <p>2ª dose de reforço: aos 4 anos de idade em sequência, manter 1 dose de reforço com vacina dT a cada 10 anos após o 2º reforço com DTP, antecipando para 5 anos em caso de exposição à risco de tétano ou</p>	Difteria (C. diphtheriae), tétano (C. tetani), coqueluche (B. pertussis) e suas complicações

		difteria	
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) – SCRIV (tetra viral) Via de Administração SC (Subcutânea)	1 dose: aos 15 meses de idade	Sarampo (Morbillivirus), Caxumba (Rubulavirus), rubéola (Rubivirus), varicela (Varicellazoster) e complicações
4 anos	Vacina varicela (atenuada) – VZ Via de Administração (SC) Subcutânea	1 dose: aos 4 anos de idade Varicela 1 dose: aos 4 anos de idade	Varicela (catapora), causada por vírus da família Herpetoviridae, o Varicella-zoster, e suas complicações
5 anos	Vacina pneumocócica 23 - Valente (polissacarídica) – VPP23 Via de Administração (IM) Intramuscular	2 doses Somente população indígena, a partir de 5 anos de idade	Doenças pneumocócicas invasivas (otite média aguda, sinusite, pneumonia, endocardite, meningite, septicemia, dentre outros) e suas complicações, causadas por sorotipos do S. pneumoniae que compõem a vacina
7 anos	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto (dupla bacteriana adulto) – dT Via de Administração (IM) Intramuscular	1 dose de reforço com dT a cada 10 anos após a última dose do esquema básico. Em caso de exposição ao risco de tétano ou difteria, reduzir este intervalo para 5 anos	Difteria (C. diphtheriae), tétano (C. tetani) e suas complicações
9 anos	Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV414	1 dose A partir de 9 anos, até 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Há também recomendações para outros grupos prioritários (Ver Instrução Normativa CNV2025)	Infecções causadas pelo papilomavírus humano sorotipos 6, 11, 16 e 18, levando a verrugas anogenitais, nos lábios, língua, garganta, masculino e feminino, relacionadas ao desenvolvimento de câncer em colo de útero, vulva, vagina, ânus, pênis, boca e orofaringe

Nota: O calendário completo e as devidas orientações acesse o link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-crianca>

ANEXO F - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
 SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
 DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
 COORD. ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH
 CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO

DATA ____/____/____ HORA: _____ Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICIPIO _____

MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento _____ Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência _____

HDA: _____

HD: _____ CID _____

Motivo da solicitação: _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea

3 – Comandos

2 – À dor

1 – Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 – Orientado

4 – Confusa

3 – Palavras inapropriadas

2 – Palavras incompreensíveis

1 – Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece a comandos

5 – Localiza dor

4 – Movimento de retirada

3 – Flexão anormal

2 – Extensão anormal

1 – Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa _____

() Aspiração () Medicação (especificar) _____

() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica/Posto: _____ Senha: _____



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA
COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

O serviço de UTIN deve garantir no próprio serviço, a beira do leito:

- a) Assistência nutricional: terapia nutricional (enteral e parenteral).
- b) Assistência farmacêutica.
- c) Assistência clínica: vascular e cardiovascular; neurológica; ortopédica; urológica; gastroenterológica; nefrológica; hematológica; hemoterápica; oftalmológica; otorrinolaringológica; de infectologia; cirúrgica pediátrica; endocrinológica.
- d) Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria.
- e) Serviço de imagem: radiografia móvel; ultrassonografia portátil; endoscopia digestiva alta e baixa; fibrobroncoscopia; eletroencefalografia.

O serviço de UTIN deve garantir no próprio serviço ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica:

- a) Cirurgia pediátrica: cardiovascular; vascular; neurológica; ortopédica; urológica.
- b) Ressonância magnética; tomografia computadorizada; anatomia patológica.
- c) Agência transfusional 24 horas.
- d) Assistência clínica de genética.

UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

Quando não fizer parte de uma Unidade Neonatal que possua UTIN, a UCINCo deverá:

- 1- Contar com ventilador pulmonar microprocessado: 1 (um) para 15 (quinze) leitos para o suporte ao RN que necessite ventilação mecânica até a transferência para serviço de UTIN;
- 2- Garantir assistência e estabilização do RN grave até a transferência para UTIN, com acesso a: assistência nutricional; terapia nutricional (enteral e parenteral); assistência farmacêutica; assistência clínica vascular e cardiovascular; serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; radiografia móvel; ultrassonografia portátil; agência transfusional 24 horas.

Outras informações importantes: O fluxo dos pacientes entre a maternidades que atendem o risco habitual e alto risco deverá obedecer ao Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.

Referências:

- Atenção à Saúde do Recém-Nascido vol. 3 - Ministério da Saúde/SAS- 2011
 Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru - Ministério da Saúde/SAS - 2011
 Manual de Orientação sobre o Transporte Neonatal- Ministério da Saúde/SAS-2010
 Portarias MS nº 930 de 2012 e 1.020 de maio de 2013
 Manual Técnico - Gestação de Alto Risco, Ministério da Saúde, 5 ed, 2012.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), 2024.