

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ASSUNTO: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS 8ª, 9ª e 10ª REGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA

1. OBJETIVO

A presente Nota Técnica tem por objetivo a organização da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, possibilitando uma assistência contínua, integral, equitativa, compartilhada, respeitando as necessidades de saúde, sendo coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura.

O arcabouço desta normativa está ancorada nos instrumentos de planejamento, Planos Regionais Integrados (PRI) e Plano de Ação para a implementação das ações da Rede Alyne no estado.

A Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.530 de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, vem substituir a Rede Cegonha e visa reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25%, e diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças, promovendo um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde dessa população observando a redução das desigualdades locais e étnico-raciais.

Para isso, faz-se necessário a organização da rede e dos serviços de saúde da Rede Alyne no estado da Paraíba, buscando fortalecer o modelo de atenção à saúde materna e infantil, na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS), integrando os diferentes níveis de atenção e fortalecendo a governança da RAS no SUS.

A estrutura operacional das RAS traz a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado, pois é onde a atenção ao Pré-Natal e Puerpério acontece em quase sua totalidade. Entretanto, diante de ferramentas de co-gestão, diálogos na rede e diagnóstico situacional de saúde da mulher, realizado pela SES/PB no ano de 2024 nas respectivas regiões de saúde, foi evidenciado que a corresponsabilidade do cuidado, bem como o compartilhamento e comunicação efetiva entre os diferentes pontos de atenção que compõem a rede, ainda precisa ser fortalecido.

GERÊNCIA:Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS**GERÊNCIA OPERACIONAL:**Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB**NÚCLEO:**Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

Diante disto, e considerando as experiências exitosas do processo de **Planificação da Atenção à Saúde** que acontecem na 14ª Região de Saúde, e da estratégia **10 passos do cuidado obstétrico para redução da morbimortalidade materna** (Quadro 1) adotada na 1ª Região de Saúde, objetiva-se a qualificação e fortalecimento da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rede de Atenção à Saúde da Paraíba.

Quadro 1. 10 passos para o pré-natal de qualidade

10 PASSOS DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE
MATERNA

1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3. Toda gestante deve ter asseguradas a solicitação, a realização e a avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4. Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”.
5. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6. É direito do parceiro ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do parceiro”.
7. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto.
9. Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10. As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Brasil, 2012

2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco da gestante é organizada em três níveis – **risco habitual, risco intermediário e alto risco** (Quadro 2) – e viabiliza a assistência adequada e oportuna estabelecendo o fluxo de vinculação do pré-natal na APS, ao ambulatório e ao hospital para o atendimento das suas ações programadas, intercorrências na gestação e no momento do parto.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

Quadro 2. Estratificação de risco da gestante conforme escore adotado

Estratificação de Risco	Descrição	Escore
Risco Habitual	Gestantes que NÃO apresentam fatores de risco significativos, individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior e de doença ou agravo	0 - 4 pontos
Risco Intermediário	Gestantes que apresentam alguns fatores de risco (características individuais – raça, etnia e idade; sociodemográficas – escolaridade e de história reprodutiva anterior) que implicam em maior vigilância e cuidado com a gestação, mas o fluxo para o pré-natal e o parto serão o mesmo do risco habitual . Considerando a amplitude dos fatores determinantes da saúde da gestante e puérpera, quanto maior o número de critérios combinados (vários fatores de risco intermediários combinados ou um fator de alto risco combinado com fatores de risco intermediário) maior a complexidade da situação, implicando em maior vigilância, cuidado e se necessário, de acordo com a avaliação clínica na APS, a gestante deverá ser encaminhada à AAE para um cuidado compartilhado.	5 - 9 pontos
Alto Risco	Gestantes com fatores clínicos relevantes (RISCO REAL) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções de maior nível de complexidade.	Igual ou maior que 10 pontos

Fonte: Ficha de Estratificação de Risco Gestacional na Paraíba, 2025. (Anexo I)

Para a realização desta estratificação, o estado da Paraíba utiliza um instrumento próprio para a estratificação de risco gestacional (Anexo I), aprovada em Comissão Intergestora Bipartite (CIB) através da Resolução CIB Nº 152/2021, assim como o Sistema de Estratificação de Risco Gestacional, que é uma ferramenta digital desenvolvida para apoiar gestores e profissionais de saúde da APS na classificação de risco gestacional, favorecendo a organização do cuidado, a referência oportuna e o monitoramento dos perfis de risco gestacional. Para informações acerca de cadastro e acesso ao respectivo sistema, consultar a [NOTA INFORMATIVA Nº 002/2025 GOAB/GEAS/SES-PB](#) e também o [Manual do Sistema de Estratificação de Risco Gestacional](#).

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER REALIZADA EM TODAS AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Seguem abaixo dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico que devem ser considerados pelas equipes:

- A. Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde. A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, ESB e equipe E-multi) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco. Algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada.
- B. A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em **todos os atendimentos**. Da primeira consulta e, por sua vez, em cada consulta de pré-natal subsequente, a equipe assistente deve estar atenta aos sinais de risco.
- C. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal. A partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início ou próximo ao termo.
- D. A estratificação do risco é absoluta. Isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco e, uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.
- E. A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS quanto a Atenção Especializada possam se apoiar na condução dos casos (Anexo V).
- F. As gestantes de risco intermediário serão acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia, se assim for avaliado pela Equipe de Saúde da Família como necessário. A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições para que as gestantes com essas classificações possam ser

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

acompanhadas pelas equipes de atenção básica com o matriciamento de especialistas e garantia de compartilhamento do cuidado.

- G. Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado. Há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado.
- H. Fatores de risco sociais exigem ações **intersectoriais**. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.
- I. Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal. Embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna.
- J. As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata. A rede de assistência ambulatorial precisa ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.

De acordo com a estratificação de risco gestacional, a mulher deve ser direcionada seguindo o fluxo de atendimento da gestante no pré-natal em toda Rede de Atenção à Saúde, o qual encontra-se ilustrado no Anexo VI.

3. COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

O compartilhamento do cuidado materno-infantil envolve a participação ativa da família (pai, parceiro(a) ou outro familiar) e da rede de saúde, desde o pré-natal até o pós-parto, além do acompanhamento da criança, como parte de uma linha de cuidado materno-infantil integrada e humanizada. Essa abordagem visa garantir um cuidado contínuo, de qualidade e centrado nas

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

necessidades da mãe, do bebê e da família, promovendo autonomia, cidadania e reduzindo riscos à saúde.

O principal objetivo do compartilhamento do cuidado é a redução da mortalidade materna e infantil, através da oferta de uma atenção integral e de qualidade, que promova a saúde e o bem-estar de mães, bebês e famílias.

De acordo com o Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), seguem alguns pontos importantes para essa discussão:

PILARES DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO:

- **Inclusão da família:** Estimula-se a presença e participação do parceiro(a) em consultas e no cuidado ao recém-nascido, reforçando a importância da imunização e do apoio emocional;
- **Acompanhamento integral:** Aborda o período perinatal (pré-natal, o parto e o puerpério), com ações que incluem captação precoce da gestante, acompanhamento regular, garantia do parto respeitoso e atenção ao recém-nascido;
- **Qualidade da assistência:** Busca a humanização do cuidado, com base em evidências científicas e respeito à dignidade da mulher e do bebê, evitando intervenções desnecessárias;
- **Estratificação de risco:** Envolve a avaliação do risco da gestante em todas as consultas pré-natais para garantir a atenção adequada à sua condição;
- **Atenção às necessidades da mulher e da criança:** Inclui o planejamento familiar com acesso a métodos contraceptivos, promoção da amamentação e a construção da autonomia da criança no cuidado da alimentação;
- **Respeito à diversidade:** Reconhece e acolhe as diferenças culturais e religiosas, evitando preconceitos e garantindo um cuidado equitativo para todas as pessoas;
- **Apoio à equipe de saúde:** A inclusão de um acompanhante maior de 18 anos pode auxiliar a gestante e a família durante os atendimentos, diminuindo a ansiedade e facilitando o processo.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

COMO FUNCIONA NA PRÁTICA:

- Acolhimento da gestante: A atenção primária à saúde tem um papel fundamental na captação precoce da gestante;
- Participação ativa: A presença e envolvimento da família nas consultas, que também podem incluir consultas individuais para que o parceiro(a) exponha suas angústias, é crucial;
- Rede de Atenção: Garante a continuidade dos cuidados por meio da articulação entre os diferentes serviços da RAS;
- Ferramentas de Gestão: Pactuações e fluxos para o compartilhamento do cuidado a fim de registrar e visualizar a assistência prestada, garantindo a troca de informações entre os profissionais e serviços.

No sentido da operacionalização do compartilhamento do cuidado, deve-se adotar alguns instrumentos que favoreçam a comunicação e integração entre os serviços da rede envolvidos neste cuidado, conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 3. Documentação necessária para o compartilhamento do cuidado entre APS e AAE –
Atenção Ambulatorial Especializada

<i>Conteúdo descritivo mínimo para o compartilhamento do cuidado</i>
<i>Caderneta da Gestante preenchida</i>
<i>Ficha de Estratificação de Risco Gestacional na Paraíba (habitual, intermediário e alto) (Anexo I)</i>
<i>Lista de exames a serem realizados na APS (Anexo II)</i>
<i>Formulário de Compartilhamento do Cuidado da AAE (Anexo III)</i>
<i>Plano de Autocuidado Apoiado (Anexo IV)</i>
<i>Ficha de Contrarreferência (Anexo V)</i>

Fonte: Elaboração própria

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

4. TELEMEDICINA

A telemedicina, enquanto ferramenta utilizada na Atenção Primária à Saúde, apresenta um grande potencial para aprimorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados em saúde. Por meio do uso de tecnologias de comunicação, é possível oferecer atendimento clínico remoto, facilitando a interação entre profissionais de saúde e pacientes, bem como a troca de informações entre as equipes.

Desde 2011, o estado da Paraíba vem implementando a Rede Cuidar, uma iniciativa de assistência em rede de telemedicina que iniciou suas atividades na área de cardiologia pediátrica, com foco no tratamento e acompanhamento de crianças com cardiopatias congênitas. Devido ao aumento de óbitos nessa população, ampliou-se o escopo da rede para incluir ações direcionadas à neonatologia e obstetrícia, com o objetivo de garantir a equidade no atendimento a crianças, neonatos e mulheres em períodos gravídico-puerperal.

Com o intuito de consolidar essas ações, o estado da Paraíba adotou a telemedicina como uma política pública, integrando a triagem, o diagnóstico precoce e o acompanhamento assistencial integral às linhas de cuidado. Além disso, a telemedicina proporciona suporte técnico contínuo aos profissionais da rede estadual de serviços de saúde, assegurando a eficácia das intervenções e a continuidade da assistência.

A Rede Cuidar possui um serviço de telemedicina que oferece suporte de médicos obstetras na modalidade de ambulatório virtual, disponível 24 horas por dia e sete dias por semana onde pode ser feito o agendamento para consulta via *SaudeMeet* (Anexo VI), e ainda a consultoria junto à APS para manejo de casos desafiadores dentro do perfil de gravidez de risco intermediário.

5. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

As “Urgências e Emergências em Obstetrícia” são definidas como situações que podem ocorrer durante a gestação e o puerpério (Quadro 4).

Quadro 4. Urgências e Emergências em Obstetrícia

GERÊNCIA:Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS**GERÊNCIA OPERACIONAL:**Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB**NÚCLEO:**Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo).
- Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável, ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas em gestação > 26 semanas, incluindo suspeita de morte fetal.
- $PAS \geq 160\text{mmHg}$ ou $PAD \geq 110\text{mmHg}$, com escotomas, visão turva, fotofobia, cefaléia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia, dor retroesternal, confusão mental.
- Sinais premonitórios de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia: anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaléia occipital persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia, dor retroesternal, confusão mental.
- Suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos.
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar; Anidrâmnio; polidrâmnio grave ou polidrâmnio sintomático (dor, dispnéia).
- Hemoglobina $\leq 6\text{g/dl}$ ou anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispnéia, taquicardia e hipotensão.
- Ruptura prematura de membrana.
- Ameaça de trabalho e parto pré-termo.
- Hipertonia uterina.
- Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas.
- Dor abdominal intensa: suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Suspeita de TVP – Trombose Venosa Profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação. Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional.
- Crise Convulsiva.
- Infecções Graves com Repercussão Sistêmica.
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecções ovulares ou outra infecção que necessite de internação hospitalar. outras condições clínicas agudas.

Fonte: Brasil, 2017

RECOMENDA-SE CONSULTA AO "MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA" - MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE OS FATORES CLASSIFICADOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

De acordo com o fluxo ideal de atendimento para tais condições clínicas (Figura 1), algumas situações irão necessitar de encaminhamento imediato à maternidade de referência, que no caso da 8ª, 9ª e 10ª Região de Saúde, é a **Maternidade Peregrino Filho**. Quanto aos ambulatorios especializados as referências seguem no quadro 5 exposto abaixo.

GERÊNCIA:
Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:
Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:
Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

Quadro 5. Serviços de referência para Urgências e Emergências Obstétricas

MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	AMBULATÓRIO	MATERNIDADE
3ª MACRO	8ª Região	Hospital Regional de Catolé do Rocha (Estadual)	Maternidade Peregrino Filho
	9ª Região	Hospital Regional de Cajazeiras (Estadual)	
		Hospital Universitário Júlio Bandeira (Federal)	
	10ª Região	Hospital Regional de Sousa (Estadual)	

Fonte: Plano de Ação da Rede Alyne na Paraíba

Figura 1: Fluxograma de atendimento para situações em Urgência e Emergência Obstétrica

GERÊNCIA:

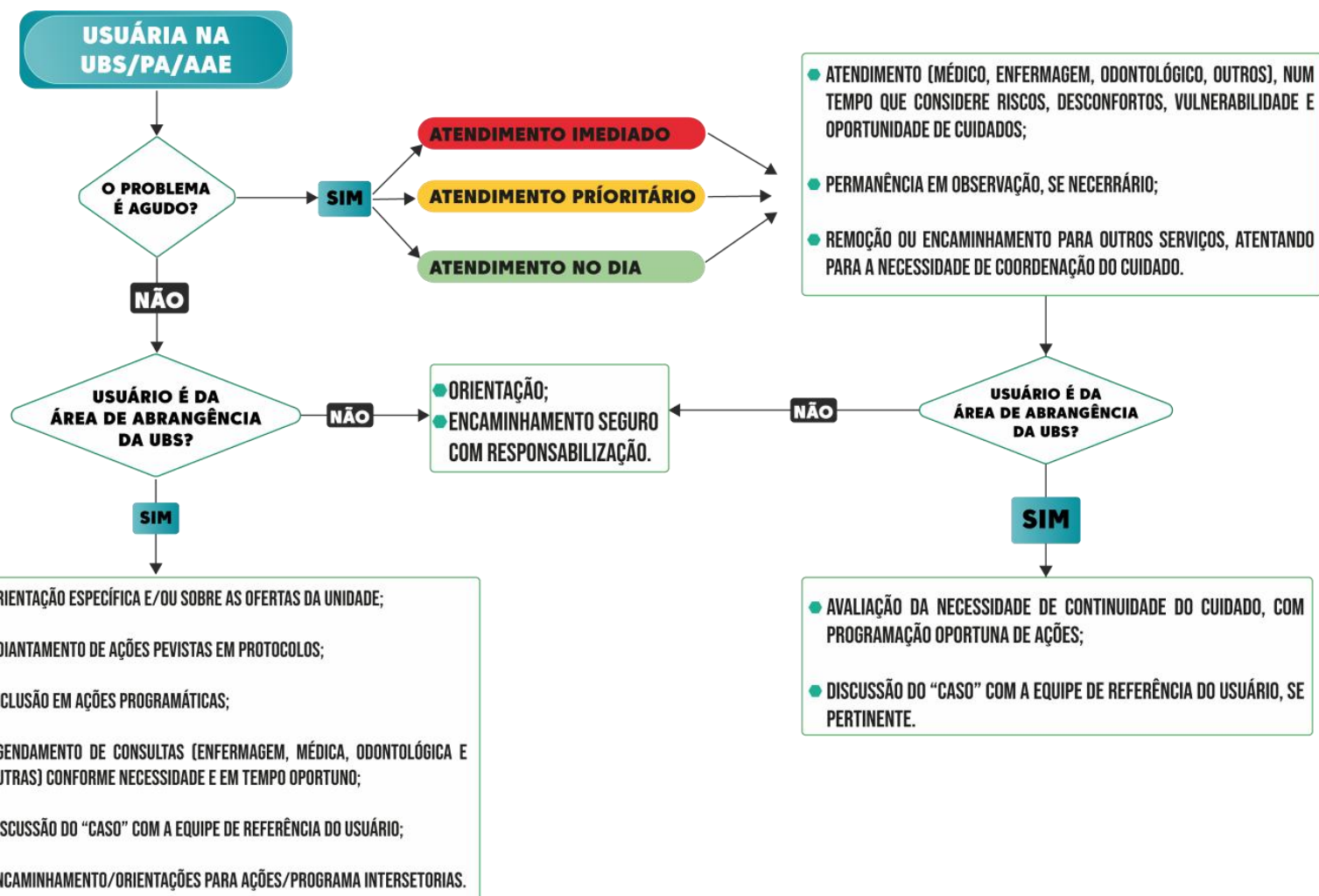
Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI



Fonte: Elaboração própria

6. CONSULTAS ESPECIALIZADAS

As gestantes de alto risco, acompanhadas nos Ambulatórios de Pré-Natal de Alto Risco - PNAR, que apresentarem necessidade de consultas especializadas fora da carteira de serviços ofertada, deverão ser encaminhadas para que o município de origem solicite via Sistema de Regulação – SISREG.

7. PARTO

Toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

qual provavelmente será realizado o seu parto. A vinculação efetiva ocorre por ocasião da estratificação de risco da gestante pela equipe da UBS que acompanha o pré-natal.

A maternidade, à qual irá se vincular a gestante, deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária, conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério (Quadro 6).

Quadro 6. Serviços de referência para o Parto

MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	AMBULATÓRIO	MATERNIDADE
3ª MACRO	8ª Região	Hospital Regional de Catolé do Rocha (Estadual)	Maternidade Peregrino Filho
	9ª Região	Hospital Regional de Cajazeiras (Estadual)	
		Hospital Universitário Júlio Bandeira (Federal)	
	10ª Região	Hospital Regional de Sousa (Estadual)	

Fonte: Plano de Ação da Rede Alyne na Paraíba

É importante que, mãe e recém-nascido, tenham uma alta hospitalar de forma segura, sendo garantido ao binômio o retorno adequado e, em tempo oportuno para o acompanhamento da Atenção Primária à Saúde.

8. PUERPÉRIO

O puerpério começa imediatamente após o parto e tem uma duração média de seis semanas. Ele é classificado de acordo com sua duração em três fases: puerpério imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), puerpério tardio (do 11º ao 45º dia após o parto) e puerpério remoto (a partir do 45º dia, com término indefinido).

A consulta de puerpério inicia-se já na alta da maternidade, quando são fornecidas orientações às mulheres sobre cuidados com a saúde, além de informações sobre sinais e sintomas

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

que podem indicar a necessidade de retorno, seja à Atenção Primária ou à Atenção Especializada. Na APS, a consulta puerperal deve acontecer até o 7º dia pós parto.

A gestante deve sair da maternidade já com a consulta puerperal agendada. A consulta será na APS para as gestantes de Risco Habitual e Intermediário e na Maternidade Referência para as gestantes de Alto Risco.

Na prática, observa-se que a consulta do puerpério ainda é predominantemente centrada no recém-nascido, deixando muitas vezes em segundo plano a saúde da mulher. No entanto, é fundamental que, além da avaliação do bebê, a consulta também aborde de forma abrangente a saúde da mulher, considerando as mudanças físicas, emocionais e sociais que ela enfrenta nesse período. O quadro 7 apresenta os principais aspectos a serem considerados para o cuidado adequado na consulta/visita puerperal.

Quadro 7. Roteiro de consulta/visita puerperal

FOCO	CONDUTA
MULHER	- <i>Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas), examine as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação. Observe e avalie a mamada.</i> - <i>Alimentação, sono, atividades.</i> - <i>Examine o períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios).</i> - <i>Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência).</i> - <i>Sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros).</i> - <i>Sua condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).</i> - <i>Verifique os dados vitais.</i> - <i>Observe seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores.</i> - <i>Examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação.</i> - <i>Verifique possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor no baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicite avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe.</i> - <i>Observe a formação do vínculo entre mãe e filho.</i> - <i>Identifique os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base</i>

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

	na avaliação realizada. - Ouça a mulher e oriente em qualquer dúvida que ela tiver.
BEBÊ	- Observe a criança em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, a ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicite avaliação médica imediatamente; - Observe e oriente a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN; o Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola; - Realize o teste do pezinho e registre o resultado na Caderneta da Criança; - Verifique se foram aplicadas no RN, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplique-as no RN, na unidade, e registre-as no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança; - Agende as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança: no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida.

Fonte: Brasil, 2012

IMPORTANTE

INSERIR A MULHER NO GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR É UMA PARTE CRUCIAL DA CONTINUIDADE DO CUIDADO. ESSE ACOMPANHAMENTO PERMITE QUE A MULHER TENHA ACESSO A INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, ALÉM DE SUPORTE PARA TOMAR DECISÕES INFORMADAS SOBRE SUA SAÚDE REPRODUTIVA

Melhorar a comunicação entre os serviços de saúde, adotar protocolos assistenciais, e orientar adequadamente as mulheres sobre sinais de risco são essenciais para reduzir a mortalidade materna e garantir um atendimento eficaz no puerpério.

Compreendendo que tal atendimento nesta fase será uma transição de cuidado, ressalta-se a importância da utilização da Ficha de Compartilhamento do Cuidado (Anexo IV), como ferramenta de acompanhamento deste processo.

A Ficha de contrarreferência (Anexo V) deverá ser usada nas unidades que realizam

GERÊNCIA:
Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:
Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:
Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

atendimento de urgência e emergência, quando eventualmente a mulher é atendida e retorna ao território, a fim de otimizar a comunicação, tendo em vista que nos casos de urgência não cabe a ficha de compartilhamento do cuidado utilizada entre AAE e APS.

9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado às gestantes deverão ser acompanhados por meio de indicadores (Quadro 8) cujos dados deverão ser preenchidos pelos próprios municípios no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) - e-SUS AB.

Quadro 8. Painel de indicadores sob responsabilidade do município e metodologia de cálculo

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, em determinado local e período, dividido por total de gestantes cadastradas no mesmo local e período. Resultado multiplica por 100.	ESUS
Proporção de gestante com pelo menos 7 consultas realizadas durante o pré-natal	Número de gestantes com pelo menos 7 consultas realizadas durante o Pré-natal, dividido pelo número de gestantes acompanhadas pela equipe de saúde da família. Resultado multiplica por 100.	ESUS
Proporção de gravidez na adolescência	Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário dividido por número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período. Resultado multiplica por 100.	SINASC
Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, dividido por número de nascidos vivos de mães residentes. Resultado multiplica por 100.000.	SIM/SINASC

Fonte: Elaboração própria

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 5.530, de 12 de setembro de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5530_01_11_2024.html. Acesso em: 15 set 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Manual de gestão de alto risco* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 nº 11.634, de 28 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, 2007.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. *Nota Informativa 02/2025. Orientações sobre utilização do Sistema de Estratificação de Risco Gestacional*. João Pessoa, PB: Secretaria de Estado da Saúde, 2025. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/149-g4cSlrBigH3mivKgQo96eYayLnQgl/view>. Acesso em: 15 set 2025.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. *Manual técnico do Sistema de Estratificação de Risco Gestacional*. João Pessoa, PB: Secretaria de Estado da Saúde, 2025. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1eIM4Cv0JZ1-Z0_FXtBm4_VOq90IPwIbT/view. Acesso em: 15 set 2025.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução CIB Nº 152/2021*. Aprova o Instrumento de Classificação de Risco Gestacional na Atenção Primária em Saúde. João Pessoa, PB: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cib-2021/resolucao-cib-pb-no-152-instrumento-de-risco-gestacional.pdf>. Acesso em: 15 set 2025.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. *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. 56 p.: il.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Alana Venceslau Franco - Enfermeira - Assessora Técnica na Gerência Operacional da Atenção Básica - GOAB/SES PB

Ana Ruth Barbosa de Sousa - Fisioterapeuta - Coordenadora do Apoio Institucional da APS - Eixo I do Projeto REAP-QUALI/SES PB

Maria Izabel Ferreira Sarmiento - Enfermeira – Gerente Executiva de Atenção à Saúde GEAS/SES PB

Maria de Fátima Moraes Carvalho – Enfermeira – Gerente Operacional de Atenção Materno Infantil GOAMI/SES PB

Perla Figueredo Carreiro Soares – Enfermeira - Assessora Técnica na Gerência Executiva de Atenção Especializada - GEAE/SES PB

Roseanny Marques de Queiroga - Enfermeira – Gerente Operacional da Atenção Básica – GOAB/SES PB

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ANEXOS

ANEXO I - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE
GOVERNO
DA PARAÍBA
INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL - APS
FICHA DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA COMPARTILHAMENTO COM O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
ATUALIZADO - OUTUBRO 2024

Nome:	DATA DE NASC.:
Município:	TELEFONE: ()
UBS de Origem:	ACS:

Período Gestacional	1. Características individuais, condições socioeconômicas e familiares	Escore
1º TRI	2º TRI	3º TRI
	≤ 15 anos	3
	≥ 40 anos	2
	Não aceitação da gravidez	1
	Índices de Violência Doméstica	2
	Situação de rua/ indígena ou quilombola	2
	Sem escolaridade	1
	Tabagista ativo	2
	Raça negra	2

Período Gestacional	2. Avaliação Nutricional (Correlacionar com gráfico da caderneta da gestante)	Escore
1º TRI	2º TRI	3º TRI
	Baixo Peso (IMC < 18)	2
	Sobrepeso (IMC 25-29.9)	1
	Obesidade grau I e II (IMC 30-39.9)	5
	Obesidade Múltipla (IMC ≥ 40)	10

À soma dos escores dos itens 1 e 2 não configura encaminhamento direto ao alto risco (exceto a obesidade grau 3), porém merecem atenção diferenciada na APS.

Período Gestacional	3. Comorbidades prévias à gestação atual (Doenças preexistentes)	Escore
1º TRI		
	AIDS/HIV	10
	Alterações da tireoide (hipotireoidismo sem controle e hipertireoidismo)	10
	Diabetes Mellitus	10
	Endocrinopatias sem controle	10
	Cardiopatia diagnosticada	10
	Câncer Diagnosticado	10
	Cirurgia Bariátrica há menos de 1 ano	10
	Doenças Autoimunes (colagenoses)	10
	Doenças Psiquiátricas (Encaminhar ao CAPS)	5
	Doença Renal Grave	10
	Dependência de Drogas (Encaminhar ao CAPS)	10
	Epilepsia e doenças neurológicas graves de difícil controle	10
	Hepatites (encaminhar ao infectologista)	5
	HAS crônica controlada (Sem hipotensão e exames normais)	5
	HAS crônica complicada	10
	Ginecopatias (Miomatose ≥ 7cm, malformação uterina, massa anexial ≥ 8cm ou com características complexas)	5
	Pneumopatia grave de difícil controle	10
	Tuberculose em tratamento ou com diagnóstico na gestação (Encaminhar ao Pneumologista)	10
	Trombofilia ou Tromboembolia	10
	Uso de medicações com potencial efeito teratogênico	5
	Varizes acentuadas	1
	Doenças hematológicas (PTI, Anemia Falciforme, PTT, Coagulopatias, Talassemias)	10
	Transplantada em uso de imunossupressor	10

Observações: Atentar para as indicações de profilaxia de pré-eclâmpsia e protocolo de diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (G1≥29 e/ou 1 valor de TOTG alterado);

Período Gestacional	4. Condições clínicas específicas e relacionadas às gestações prévias	Escore
1º TRI		
	2 abortamentos espontâneos consecutivos ou 3 não consecutivos (confirmados clínico/laboratorial)	5
	3 ou mais abortamentos espontâneos consecutivos	10
	Mais de um Prematuro com menos de 36 semanas	10
	Óbito Fetal sem causa determinada	10
	Pré-eclâmpsia ou Pré-eclâmpsia superposta	10
	Eclâmpsia	10
	Hipertensão Gestacional	5
	Acretismo placentário	2
	Descolamento prematuro de placenta	5
	Insuficiência Istmo Cervical	10
	Restrição de Crescimento Intrauterino	2
	História de malformação Fetal complexa	2
	Isomunização em gestação anterior	10
	Diabetes gestacional	2
	Psicose Puerperal	5
	História de tromboembolia	10

Período Gestacional	5. Condições clínicas específicas e relacionadas à gestação atual	Escore
1º TRI	2º TRI	3º TRI
	Ameaça de aborto - Encaminhar URGÊNCIA	2
	Acretismo Placentário	10
	Placenta Prévia após 28 semanas	10
	Anemia não responsiva à tratamento (Hbs 8) e hemostasia	10
	Citologia Cervical anormal (USAG) - Encaminhar para PTGI	3
	Doenças da tireoide diagnosticada na gestação	10
	Diabetes gestacional	10
	Doença Hipertensiva na Gestação (Pré-eclâmpsia, Hipertensão gestacional e Pré-eclâmpsia superposta)	10
	Alteração no doppler das Artérias uterinas (aumento da resistência) e/ou alto risco para Pré-eclâmpsia	5
	Doença Hemolítica	10
	Gemelar	10
	Isomunização Rh	10
	Insuficiência Istmo cervical	10
	Colo curto no morfológico 2T	10
	Malformação Congênita Fetal	10
	Neoplasia ginecológica ou Câncer diagnosticado na gestação	10
	Poliâmnio/ Oligoâmnio	10
	Restrição de crescimento fetal intrauterino	10
	Toxoplasmose	10
	Sífilis terciária, Alterações ultrassonográficas sugestivas de sífilis neonatal ou resistência ao tratamento com Penicilina Benzatina	10
	Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou ITU≥3x)	10
	HIV, HTLV ou Hepatites Agudas	10
	Condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas em região genital/perineal) - Encaminhar para PTGI	5
	Feto com percentil > P90 (GIG) ou entre P5 e P10, com doppler normal (PIG)	5
	Hepatopatias (colestase ou aumento das transaminases)	10
	Hanseníase diagnosticada na gestação	10
	Tuberculose diagnosticada na gestação	10
	Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10

ESCORE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
Período Gestacional	Classificação de risco gestacional			Pontos	Escore total	
1º TRI	2º TRI	3º TRI			1º TRI	2º TRI
			Risco Habitual	ATÉ 4 PONTOS		
			Médio Risco	5 A 9 PONTOS		
			Alto Risco	10 OU + PONTOS		

DATA: / /

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Risco Habitual: Deve receber atendimento de pré-natal na APS pelo Enfermeiro intercalado com médico;
Médio Risco: Deve receber atendimento de pré-natal na APS pelo médico intercalado com enfermeiro e com monitoramento pela REDE CUIDAR;
Alto Risco: Deve ser encaminhada ao PNR, porém manter contato com plantonista da REDE CUIDAR até que primeira consulta seja realizada.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ANEXO II - LISTA DE EXAMES A SER REALIZADO DURANTE O PRÉ-NATAL

EXAMES DO PRÉ-NATAL CORRESPONDENTES A IDADE GESTACIONAL	1ªTRI	2ªTRI	3ªTRI
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
Teste de HTLV	X		X
Toxoplasmose IgM e IgG (Deverá ser repetido no 2º e 3º trimestre se o IgG e IgM não for reagentes no 1º trimestre)	X	X	X
Sorologia para hepatite B e C (Hbs Ag)	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 à data da coleta)	X		
Ultrassonografia obstétrica (exame não obrigatório, mas se já tiver realizado é importante que o traga para avaliação)	X		



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ANEXO III - FICHA DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO PNAR E
APS

IDENTIFICAÇÃO:

Nome da usuária: _____

Município de residência: _____

UBS/UBSI: _____

ACS/ASI: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

MEDICAÇÕES:

Medicação	Dose	Via	Horário	Prescrito por	Data da prescrição

CONDUTA DA EQUIPE DO PNAR:

Data da Consulta	Condutas	Profissional	Recomendações para APS

NOTA TÉCNICA

Nº: 01/2025

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

--	--	--	--

EXAMES COMPLEMENTARES:

LAQUEADURA: () Não () Sim

INTERCORRÊNCIAS: () Não () Sim

Motivo: _____

Hospital: _____

Condutas:

PARTO:

Unidade Hospitalar de Referência: _____

Idade Gestacional: _____ Início do Trabalho de Parto: () Espontâneo () Induzido () cesárea

Terminação: () Espontâneo () Cesárea () Fórceps/vácuo () Outros _____

Condutas: () Episiotomia () Laceração () Dequit. Espontânea () Placenta Compl. () Método

Contracep. Pós parto

Medicação no parto: () Não () Sim. Qual? _____

PUERPÉRIO:

Data da Consulta Puerperal na APS: _____

Data da Consulta de Puericultura: _____

Data da Consulta com Pediatra _____

Data do Planejamento familiar: _____

Contraceptivo: () Não () Sim Qual? _____

Intercorrências: () Não () Sim Quais? _____



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ANEXO IV - PLANO DE AUTOCUIDADO APOIADO

IDENTIFICAÇÃO:

Nome do usuário _____

Data de Nascimento: __/__/____ CPF do usuário: _____

Município de residência: _____

UBS/UBSI: _____

ACS/ASI: _____

Contato da usuária: _____

Contato de emergência/nome: _____

Capacidade para o autocuidado: () Inadequado () Limitado () Adequado

Rede de Apoio: Insuficiente () Limitado () Adequado ()

Adesão terapêutica: () Pouco aderente - intencional () Pouco aderente não intencional () Aderente

LISTA DE PROBLEMAS:

RESUMO DE MEDICAÇÕES

Medicação	Dose	Via	Horário	Início	Término

PLANO DE CUIDADO - Abordagem Integrada em Equipe:

NOTA TÉCNICA

Nº: 01/2025

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

AUTOCAUIDADO APOIADO - Gerenciado pelo Profissional Gestor do caso

Objetivos:

<u>ACÃO</u>	<u>FREQUÊNCIA</u>	<u>ONDE?</u>	<u>COMO?</u>	<u>COM QUEM?</u>	<u>RECURSOS</u>	<u>GRAU DE CONFIANÇ</u> <u>A</u>

NOTA TÉCNICA

Nº: 01/2025

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

<u>AÇÃO</u>	<u>SEMANA 1</u>	<u>SEMANA 2</u>	<u>SEMANA 3</u>	<u>SEMANA 4</u>	<u>SEMANA 5</u>	<u>SEMANA 6</u>

Eu, _____, me coprometo a participar das atividades pactuadas como protagonista no gerenciamento do meu cuidado, de modo que possa contar com o apoio da equipe de saúde para alcance das metas, procurando realizá-las e contribuindo para mudança de comportamento, tendo em vista a incorporação de hábitos saudáveis de vida.

Data ____/____/____ Assinatura: _____

OBSERVAÇÃO: Como processo de internalização das pactuações apresentadas, a contratualização da pessoa usuária em seu Plano de Autocuidado Apoiado se faz necessário para que, simbolicamente, o compromisso com todas as atividades sistematizadas seja registrado. A pessoa usuária possuirá uma via do Plano de Autocuidado Apoiado e outra via ficará em posse do profissional responsável pelo caso, compartilhado com o ACS de referência e toda a equipe, incluindo e-multi.

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ANEXO V – FICHA DE CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

FICHA DE CONTRARREFERÊNCIA DA GESTANTE

Esta ficha deverá ser anexada ao Cartão da Gestante com o objetivo de compartilhar o cuidado prestado na unidade

NOME DA PACIENTE: _____

QUEIXA PRINCIPAL

- ☐ Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo.
- ☐ Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável, ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas em gestação > 26 semanas, incluindo suspeita de morte fetal.
- ☐ PAS $\geq$ 160mmHg ou PAD $\geq$ 110mmHg, com escotomas, visão turva, fotofobia, cefaleia persistente ou grave, epigastria ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental.
- ☐ Sinais premonitórios de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia: anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaleia occipital persistente ou grave, epigastria ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental.
- ☐ Suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos.
- ☐ Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar; Anidramnio; polidramnio grave ou polidramnio sintomático (dor, dispneia).
- ☐ Hemoglobina $\leq$ 6g/dl ou anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispneia, taquicardia e hipotensão.
- ☐ Ruptura prematura de membrana.
- ☐ Ameaça de trabalho e parto pré-termo.
- ☐ Hipertonia uterina.
- ☐ Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas.
- ☐ Dor abdominal intensa: suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- ☐ Suspeita de TVP – Trombose Venosa Profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- ☐ Hiperêmese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional.
- ☐ Crise Convulsiva.
- ☐ Infecções Graves com Repercussão Sistêmica.
- ☐ Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecções ovulares ou outra infecção que necessite de internação hospitalar, outras condições clínicas agudas.

CONDUTA REALIZADA

MEDICAÇÕES REALIZADAS

RECOMENDAÇÕES

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

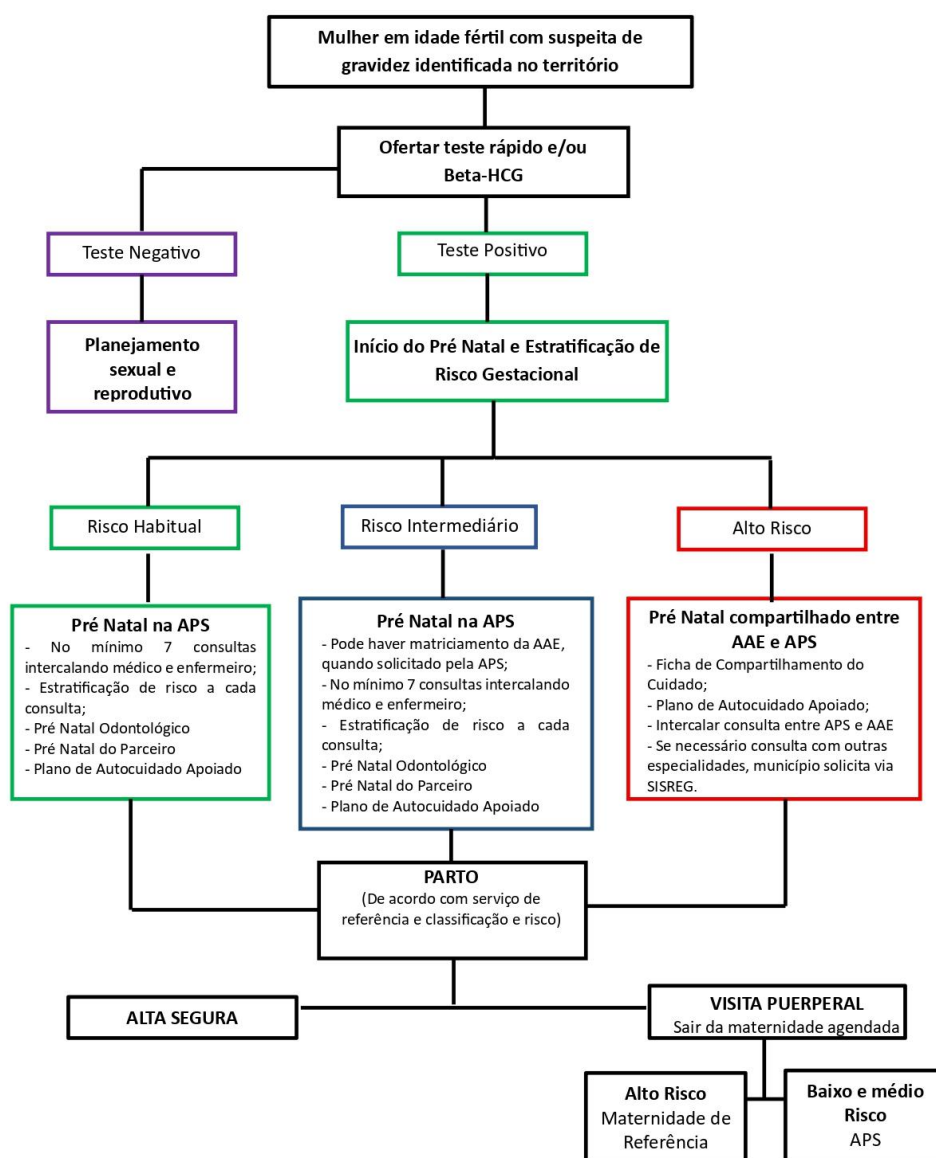
Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

ANEXO VI – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

FLUXOGRAMA - ATENDIMENTO À GESTANTE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



- APS: Atenção Primária à Saúde
- AAE: Atenção Ambulatorial Especializada

ANEXO VII

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Atenção
à Saúde - GEAS

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de
Atenção Básica - GOAB

NÚCLEO:

Gerência Operacional de Atenção
Materno-Infantil - GOAMI

FLUXO DE AGENDAMENTO PARA TELEMEDICINA NO SAUDEMEET

O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A REDE CUIDAR?



A Rede Cuidar presta assistência à saúde **materno infantil**.

Saiba mais em: <https://telessaude.ses.pb.gov.br/projeto-rede-cuidar/>

Acesse o **Manual Operacional do Programa** e conheça o fluxo da rede: https://telessaude.ses.pb.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/NOTA-TECNICA-REDECUIDAR-04_2025.pdf

Como saber se o paciente atende aos requisitos do programa?

A **avaliação do perfil do paciente** pode ser realizada através da **estratificação** de risco, mediante o instrumento de classificação risco gestacional na APS:

<https://telessaude.ses.pb.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/INSTRUMENTO-DE-CLASS-RISCO-GESTACIONAL-NA-APS-atualizado-OUTUBRO-2024.pdf>

Como acessar o Plantão Virtual da Rede Cuidar?

Você precisa realizar cadastro para acessar a plataforma **SaúdeMeet**. Através do link a seguir: <https://forms.gle/xYQsM6DcCczNHzuu9>

Após e-mail de confirmação do cadastro acesse o **POP de Primeiro Acesso**: <https://telessaude.ses.pb.gov.br/primeiroacesso/>, em seguida, o **POP do Plantão Virtual** e solicite a teleinterconsulta com Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Cardiopediatria: <https://telessaude.ses.pb.gov.br/solicitante-fazendo-solicitacao-de-parecer-2/>.

Agora, você pode acessar o SaúdeMeet: <https://saudemmeet.pb.gov.br/>

Em caso de dúvidas acesso o fale conosco SaúdeMeet:
<https://telessaude.ses.pb.gov.br/fale-conosco/>