

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Linha de cuidado *Materno-infantil* de Minas Gerais

Outubro 2024



GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Romeu Zema Neto

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Mateus Simões

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Fábio Baccheretti Vitor

ASSESSORA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Antônio Cotta

SUBSECRETÁRIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Camila Moreira de Castro

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Camila Helen de Almeida Silva Oliveira

DIRETORA DE GESTÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Lírica Salluz Mattos Pereira

COORDENADORA DE CICLOS DE VIDA

Natália Oliveira Dias

EQUIPE EDITORIAL

Ane Karine Alkmim de Sousa

Bruna Luiza Soares Pinheiro

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

Jessica Estefânia Santos

Lírica Salluz Mattos Pereira

Nayara Clara Lopes Moreira

Natália Oliveira Dias

Roberta Souto Rocha Faria

EQUIPE TÉCNICA COLABORADORA

Aline Machado Caetano Costa

Ana Paula Torres de Camargos

Ane Danielle Cury Montezano

Barbara da Silva Cassimiro

Camila da Silveira Santos

Daniela Vasconcelos Dutra

Edneia Pereira de Amorim

Gisele Marçal Pimenta

Hélio Renato Neri

Hellen Karolina Silva Ribeiro Aguiar

Karina Elizabeth Evangelista Bretz

Karla Adriana Caldeira

Lívia de Carvalho Fonseca Lage

Lívia Maria Gomes Lopes

Márcia Beatriz Sawaya Alcântara Ferreira

Maria do Carmo dos Santos Silveira

Marilene Pereira de Sousa

Mirlene de Oliveira Brito

Mirna Rodrigues Costa Guimarães

Paula Souza Oliveira

Priscila Almeida Rodrigues

Priscila de Faria Pereira

Suelen Livia Novy Santos

Taciana Bragayrac Campos Braga

Tatianna Mendes da Rocha

Vanessa de Oliveira Madureira

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG

Eunice Francisca Martins

APRESENTAÇÃO

Linha de cuidado é um conceito estabelecido por portarias ministeriais a partir de 2011, que tem como base o princípio da integralidade do cuidado. O objetivo da linha de cuidado é nortear o percurso do usuário (a) do Sistema Único de Saúde (SUS), abarcando desde ações de promoção à saúde, proteção e prevenção de agravos, tratamentos até acesso a serviços de reabilitação, interligando os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em todos os níveis de complexidade. A implantação da linha de cuidado deve ser orientada pelos princípios de organização da Rede de Atenção à Saúde, onde a Atenção Primária em Saúde (APS) é a ordenadora do cuidado. Além disso, as linhas de cuidado também viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) tem como uma de suas prioridades a Linha de Cuidado Materno-Infantil. Este documento representa um marco significativo na busca contínua por assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção segura e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável.

Esta Linha de Cuidado tem por finalidade orientar os gestores e profissionais de saúde sobre as ações a serem desenvolvidas e a organização dos serviços, na perspectiva de ofertar a assistência integral e de qualidade às mulheres, considerando o planejamento reprodutivo e sexual, o período gravídico puerperal e crianças até o primeiro ano de vida nos diferentes pontos de atenção da rede e nos sistemas de apoio.

Portanto, convidamos a todos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a assistência a se familiarizarem com esta Linha de Cuidado e a se engajarem em sua implementação e aprimoramento da rede de cuidado materno-infantil. Somente juntos podemos alcançar o objetivo de proporcionar uma vida saudável e digna para as mulheres e crianças de Minas Gerais.

Agradecemos o apoio de todos os envolvidos neste importante projeto em prol da saúde materno-infantil em nosso estado.

SUMÁRIO

I.	CONTEXTO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL	5
a.	Componentes da linha de cuidado e indicadores relativos à saúde materno-infantil	5
b.	Diagnóstico situacional da saúde materno-infantil em Minas Gerais	7
II.	MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL	9
a.	Vigilância do óbito materno-infantil	9
b.	Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal	12
c.	Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil	12
III.	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL	13
a.	Atenção Primária	13
b.	Atenção Ambulatorial Especializada	14
c.	Atenção Hospitalar	15
d.	Sistema de apoio e logístico	16
i.	<i>Regulação e transporte</i>	16
e.	Teleconsultoria	18
IV.	ATENÇÃO À SAÚDE PRÉ-CONCEPCIONAL E GESTACIONAL	19
a.	Planejamento reprodutivo e aconselhamento pré-concepcional	19
b.	Assistência ao pré-natal	21
i.	<i>Estratificação de risco gestacional</i>	26
ii.	<i>Pré-natal de Alto Risco</i>	32
iii.	<i>Pré-natal odontológico</i>	32
iv.	<i>Pré-natal do parceiro</i>	33
c.	Parto e Nascimento	34
d.	Puerpério e Aleitamento Materno	36
e.	Saúde mental no ciclo gravídico-puerperal	37
V.	ATENÇÃO À SAÚDE NEONATAL E INFANTIL	39
a.	Cuidado neonatal e intra-hospitalar	39
b.	Cuidados paliativos e luto perinatal	40
c.	Continuidade do cuidado: a importância da puericultura para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	42
VI.	ORIENTAÇÕES AO GESTOR	44
VII.	FLUXOGRAMA PERCURSO DA MULHER NA REDE	47
	REFERÊNCIAS	48

I. CONTEXTO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

a) Componentes da linha de cuidado e indicadores relativos à saúde materno-infantil

A Linha de Cuidado Materno-Infantil refere-se a uma abordagem sobre o percurso assistencial das mulheres, desde o planejamento reprodutivo até o período pós-parto, e crianças até o primeiro ano de vida, visando garantir a saúde e o bem-estar materno-infantil, de acordo com suas necessidades. Este documento está embasado nos princípios da Rede de Atenção à Saúde (RAS) proposta por Mendes (2011), que implica a continuidade e integralidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde, e as necessidades elencadas pelo Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2024-2027 (PES-MG 2024-2027).

No que diz respeito à assistência materno-infantil, o PES-MG 2024-2027 traz como um de seus objetivos a “redução do número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual, por meio da qualificação da rede materno-infantil, da integração dos três níveis de atenção, e da ampliação e fortalecimento dos serviços de pré-natal para gravidez de alto risco”. A figura 1 apresenta as metas e indicadores relativos à assistência materno-infantil do PES-MG 2024-2027.

Figura 1. Metas e indicadores relativos à assistência materno-infantil no PES-MG 2024-2027

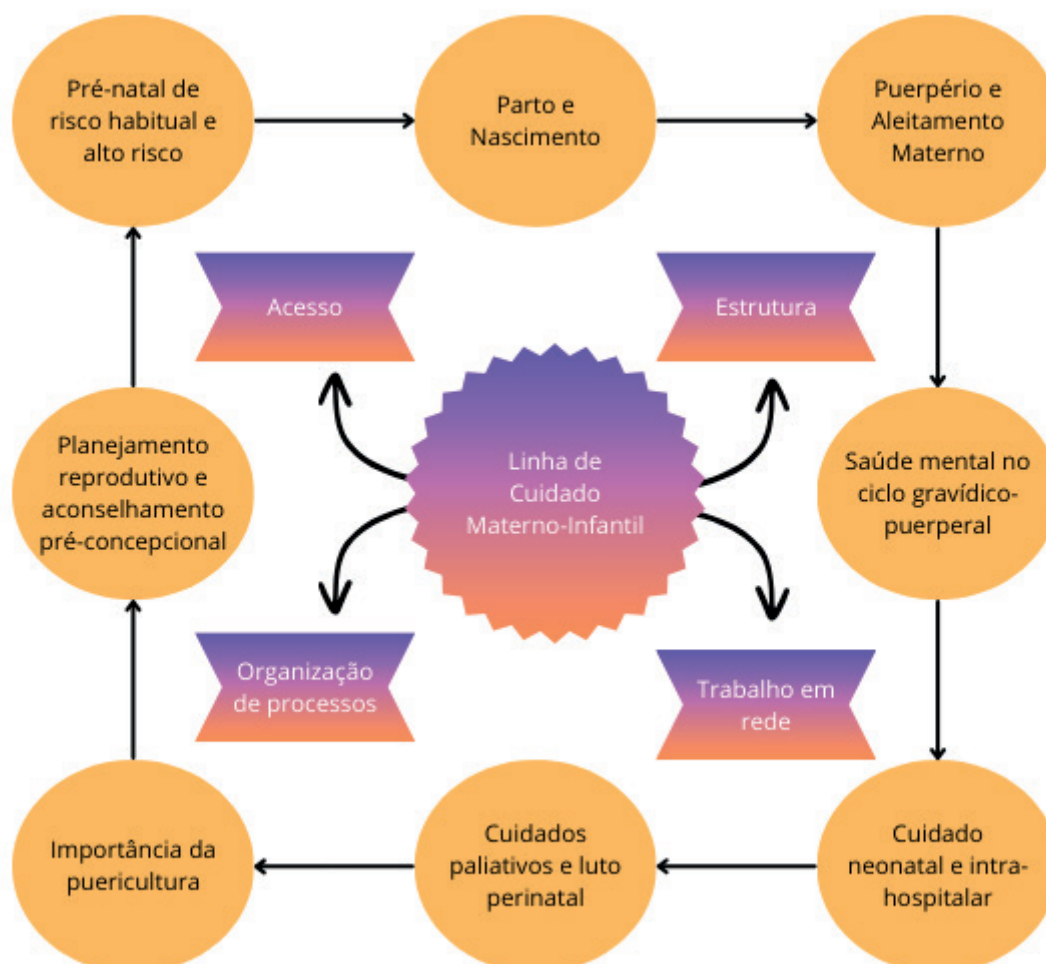
	Descrição da Meta	Indicador	Periodicidade	Valor de Referência	Metas		Responsável
					Ano	Meta	
24	Reduzir a mortalidade infantil em Minas Gerais, monitorando o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida, considerando os recortes de Gênero e Raça/cor/etnia no monitoramento	Taxa de Mortalidade Infantil	Anual	11,51 (2019)	2024	10,5	SES
					2025	10	
					2026	9,9	
					2027	9,9	
25	Reduzir a mortalidade materna em Minas Gerais, mensurando o número de óbitos maternos diretos e indiretos, considerando os recortes de Gênero e Raça/cor/etnia no monitoramento	Razão de Mortalidade Materna	Anual	42,02 (2019)	2024	46,62	SES
					2025	40,25	
					2026	34,75	
					2027	30,08	
26	Aumentar o percentual de gestantes que realizam o atendimento adequado do pré-natal. No monitoramento desta meta, considerar os recortes de gênero e raça/cor/etnia.	Percentual de gestantes com pré-natal adequado	Quadrimestral	38 (2022)	2024	45%	SES
					2025	47%	
					2026	49%	
					2027	51%	
27	Reduzir o risco de transmissão vertical da sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (casos por 1.000 nascidos vivos)	Quadrimestral	9,5 (2022)	2024	9,0	SES
					2025	8,0	
					2026	6,5	
					2027	5,0	
28	Atender à demanda ambulatorial de teste do pezinho em tempo oportuno.	Número de dias decorridos entre o diagnóstico e o atendimento da primeira consulta dos pacientes do teste do pezinho	Semestral	14,99 (2022)	2024	23	Hemominas
					2025	23	
					2026	23	
					2027	23	

Fonte: PES-MG 2024-2027

O modelo de atenção adotado no estado de Minas Gerais apresenta oito componentes assistenciais, que incluem:

1. Planejamento reprodutivo e aconselhamento pré-concepcional;
2. Assistência ao pré-natal;
3. Parto e Nascimento;
4. Puerpério e Aleitamento Materno;
5. Saúde mental no ciclo gravídico-puerperal;
6. Cuidado neonatal e intra-hospitalar;
7. Cuidados paliativos e luto perinatal;
8. Continuidade do cuidado: a importância da puericultura para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Figura 2. Componentes da Linha de Cuidado Materno-Infantil



Fonte: Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado/SES-MG

Compreendemos que todos os componentes da linha de cuidado são fundamentais, entretanto, destacamos o planejamento reprodutivo e aconselhamento pré-concepcional como um guia norteador na oferta de cuidado, visto que tem o intuito de orientar os usuários (as) do SUS quanto aos métodos contraceptivos, prevenção da gravidez e o direito de escolha de ter filhos.

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), ocorrem cerca de 120 milhões de gravidezes indesejadas, a cada ano, no mundo. Destas, cerca de 60% terminam em aborto e, segundo estimativas, 45% de todos os abortos são inseguros (UNFPA, 2022). Por isso, as ações de planejamento reprodutivo configuram-se uma das áreas de atuação prioritárias e envolvem ações individuais ou coletivas de oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, pautada em evidências científicas atualizadas que permitam uma escolha consciente, assim como o acompanhamento posterior (FIOCRUZ, 2018).

Além disso, a realização do planejamento reprodutivo favorece a captação precoce da gestante ao pré-natal (até 12ª semana de gestação) e uma melhor adesão desta, uma vez que permite a criação de vínculo com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) desde a pré-concepção. A abordagem pré-concepcional e o cuidado pré-natal são fundamentais para garantir uma gravidez saudável e diminuir os desfechos negativos no parto e nascimento, a curto e longo prazo, tanto para a mulher quanto para o bebê (BRASIL, 2016).

Ao garantir uma linha de cuidado materno-infantil bem estruturada e integrada, é possível melhorar os resultados de saúde para mulheres e bebês, reduzindo a morbimortalidade materna e neonatal, e promovendo um desenvolvimento saudável da criança desde o início da vida.

b) Diagnóstico situacional da saúde materno-infantil em Minas Gerais

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina do estado de Minas Gerais correspondia a 51,24% da população total, em 2022; sendo 5.962.889 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos – 56,66% da população de mulheres). Em relação ao número de nascidos vivos, de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos de Minas Gerais (SINASC-MG), em 2023, foram 232.285 nascimentos. Destes, aproximadamente 81,71% apresentaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

O estado tem avançado no fortalecimento e ampliação da APS. Em dezembro de 2023, de acordo com o e-Gestor Atenção Básica, o estado alcançou uma cobertura de APS de 90,33%. Os serviços de APS estão presentes nos 853 municípios, com um total de 6.276 equipes de Saúde da Família (eSF) homologadas – principal estratégia para organização e consolidação da APS, e 309 equipes de Atenção Primária (eAP) homologadas até abril de 2024. Tem-se ainda, 3.817 equipes de Saúde Bucal (eSB) 40 horas semanais homologadas e 313 (eSB) com carga horária diferenciada de 20 ou 30 horas semanais homologadas para o acompanhamento das gestantes e crianças na APS; e por fim, 199 equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) homologadas até abril de 2024, visando atuar de maneira complementar e integrada às demais equipes de APS.

No que diz respeito à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), o Estado dispõe dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) que são serviços com a finalidade de potencializar e qualificar a atenção à saúde nas linhas de cuidado prioritárias. Atualmente, são 28 serviços que assistem 435 municípios, ou seja, aproximadamente 50% de cobertura do território mineiro.

Além do CEAE, em novembro de 2022 foi instituída a Política de Ampliação da Média Complexidade direcionada aos territórios que não possuem cobertura pelo CEAE. Até maio de 2024 foram pactuados 46 pontos de atenção que realizam pré-natal de alto risco que assistem 366 municípios, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 43% do estado. Desta forma, para assistência ao pré-natal de alto risco existem serviços de referência estadual para aproximadamente 93% de cobertura do território mineiro.

Importante destacar que, considerando as especificidades e necessidades das gestantes, outros serviços de atenção especializada serão necessários na oferta de ações de cuidado, como por exemplo os serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial.

A atenção ao parto no estado é realizada majoritariamente no ambiente hospitalar (99,17%), com uma média de 59% dos nascimentos por via cesariana (SINASC-MG, 2023). Nos dados extraídos do portal de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 2023, o estado dispunha de 144 instituições pertencentes a rede de atenção ao parto e nascimento, sendo 56 instituições com leitos neonatais, 39 referências em 39 Hospitais de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco (HGPARG), 22 habilitadas como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e 03 Centros de Parto Normal (CPN). Atualmente, temos 05 Casas de Apoio às Gestantes e Puérperas (CAGEP) financiadas pelo estado e 12 Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) que são serviços de cuidado às gestantes, puérperas e recém-nascidos (RN) em situação de vulnerabilidade e estão vinculados ao HGPARG. Além disso, o estado dispõe de 924 Leitos Neonatais, 13 Bancos de Leite Humano (BLH), 30 Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH), sendo esses últimos, serviços estratégicos para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Em relação às características individuais e condições sociodemográficas, tem-se que aproximadamente 85% das gestantes estão na faixa etária de 20 a 39 anos, 9,6% são adolescentes (10 – 19 anos) e 4,8% possuem 40 anos ou mais (SINASC-MG, 2023). No quesito raça/cor, a maioria das gestantes, 54%, são pardas, seguidas das gestantes de cor branca, preta, amarela e indígena (32,17%, 10,7%, 0,68% e 0,22%, respectivamente) (SINASC-MG, 2023).

Em relação ao estado nutricional das gestantes, de acordo com os dados extraídos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), referente ao ano de 2023, no estado de Minas Gerais, das 76.549 gestantes acompanhadas na APS, 11.003 gestantes (14%) apresentaram baixo peso, 25.363 (33%) apresentaram peso adequado e 40.183 (53%) apresentaram excesso de peso (somatório do percentual de sobrepeso e obesidade).

II. MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

a) Vigilância do óbito materno-infantil

A vigilância da mortalidade nos estados e nos municípios foi instituída por meio da Portaria n.º 1.119, de 5 de junho de 2008, e Portaria n.º 72, de 11 de janeiro de 2010, com o objetivo de estabelecer e regulamentar a vigilância de óbito materno, mulher em idade fértil (MIF), infantil e fetal como atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica no âmbito da Vigilância em Saúde.

Diante da extrema importância dessa vigilância para a saúde pública, é fundamental que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Minas Gerais estejam engajadas realizando a notificação adequada desses eventos, por meio do Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN), seguindo as orientações e diretrizes estabelecidas pelos órgãos de saúde competentes.

Destacamos que razão de morte materna é um dos mais importantes indicadores globais de saúde. Dessa forma, é possível obter um panorama preciso da situação da mortalidade materna e infantil e direcionar as ações de prevenção e promoção da saúde de forma efetiva.

SAIBA MAIS

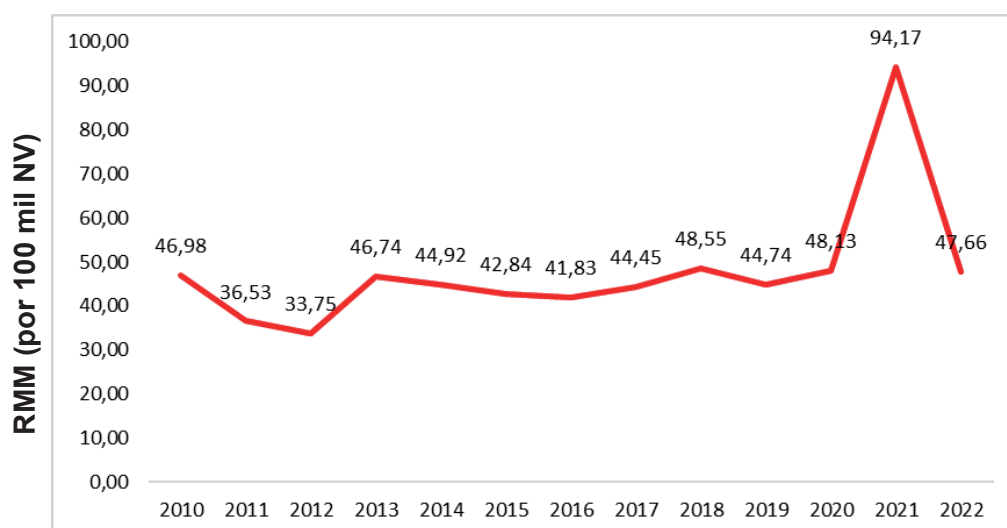
Razão de morte materna (RMM):

O cálculo de mortalidade materna é realizado considerando o número de óbitos de mulheres durante a gestação, parto e até 42 dias após o parto, dividindo-se pelo número de nascidos vivos (NV) no mesmo espaço e período multiplicado por 100.000, ficando entendido quantidade de óbitos maternos por cada 100.000 nascidos vivos.

Salienta-se que, no Brasil, a meta é de reduzir a RMM para no máximo 30 óbitos por 100.000 NV até 2030.

Os gráficos 1 e 2 apresentam a série histórica da RMM em Minas Gerais e a RMM de acordo com a raça/cor, considerando o período de 2010-2022, respectivamente.

Gráfico 1. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV), Minas Gerais, 2010-2022.

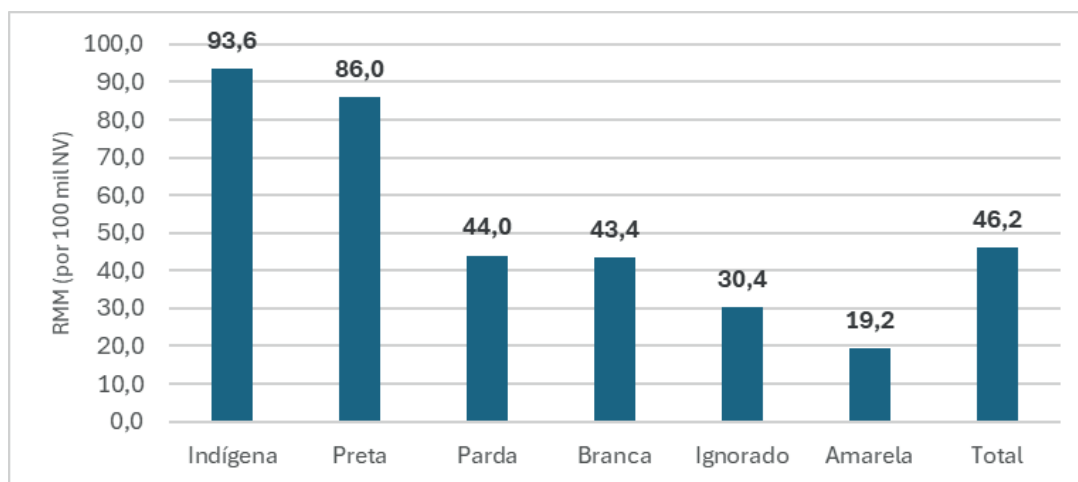


Fonte: SIM* e SINASC**/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

*Dados de 2020 a 2024 atualizados em 16 de março de 2024 e ** dados de 2020 a 2024 atualizados em 19 de março de 2024, portanto sujeitos a alterações/revisões.

No período da Pandemia da COVID-19, houve um aumento significativo de 94% da razão de mortalidade materna no Brasil, de acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e tivemos impactos também no estado.

Gráfico 2. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV) segundo raça/cor. Minas Gerais, 2010-2022



Fonte: SIM* e SINASC**/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

No que se refere à mortalidade infantil, a taxa de mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida da população.

Taxa de mortalidade infantil (TMI):

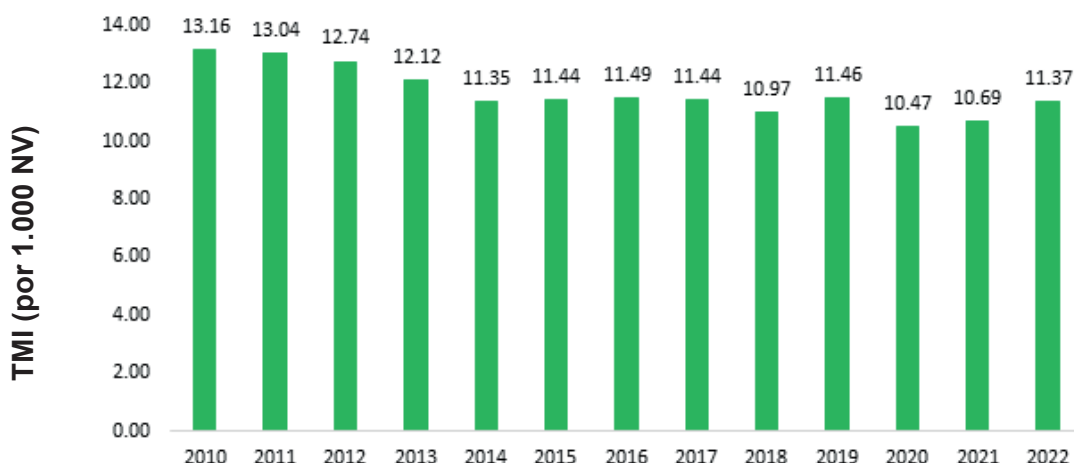
A TMI é calculada considerando o número de óbitos totais de menores de 1 ano dividido por número de NV e multiplica-se por 1.000 no mesmo período e espaço. Pode-se, ainda, trabalhar a mortalidade por óbitos fetais, óbitos neonatais precoces - 0 a 7 dias de vida; óbitos pós neonatais- 28 a 364 dias de vida.

A Organização das Nações Unidas (ONU) elencou nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como meta, a redução da mortalidade materno-infantil. Assim, o Brasil assumiu compromissos firmados na Agenda 2030 da ONU, sendo que a TMI a ser alcançada até 2030 é de 1 dígito. No Estado, a meta é alcançar esse dígito até 2027, previsto no PES 2024-2027.

O gráfico 3, apresenta a série histórica da TMI no estado referente aos anos de 2010 a 2022.

*Dados de 2020 a 2024 atualizados em 16 de março de 2024 e ** dados de 2020 a 2024 atualizados em 19 de março de 2024, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Gráfico 3. Taxa de Mortalidade Infantil, Minas Gerais, 2010-2022



Fonte: SIM* e SINASC**/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Considerando os dados de mortalidades, é essencial destacar que a vigilância do óbito materno, infantil e fetal é obrigatória e envolve a busca ativa, notificação, investigação, análise e monitoramento de óbitos, com a finalidade de aumentar a integridade e a qualidade do registro da notificação de eventos no Sistema de Informação da Mortalidade (SIM). A notificação do óbito se faz pelo preenchimento da Declaração de Óbito na fonte notificadora, seguido do encaminhamento dela à Secretaria Municipal de Saúde para alimentação no SIM.

Essa investigação, como supracitado, envolve a coleta de dados na assistência em todos os níveis de atenção, além de informações colhidas com a família. Por isso, ressalta-se a importância da integração das ações entre vigilância e os demais níveis de atenção para enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal e vislumbre da possibilidade de alcance das metas e objetivos preestabelecidos.

Abaixo estão listadas as etapas da investigação dos óbitos materno, infantil e fetal:

- Identificação dos óbitos (notificação, declaração de óbito e busca ativa);
- Organização dos óbitos por critérios de investigação;
- Levantamento dos dados de onde ocorreu o óbito e solicitação de investigação;
- Coleta de dados por meio das fichas de investigação de óbito padronizadas pelo Ministério da Saúde;
- Envio do caso ao Comitê de Prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal para análise da evitabilidade dos óbitos; identificação das fragilidades durante a assistência do caso, e proposta de recomendações para a redução da mortalidade.

*Dados de 2020 a 2024 atualizados em 16 de março de 2024 e ** dados de 2020 a 2024 atualizados em 19 de março de 2024, portanto sujeitos a alterações/revisões.

SAIBA MAIS

Para informações sobre os processos de vigilância de óbitos maternos e infantis, deve-se acessar o “Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal” e o “Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno”, publicados pelo Ministério da Saúde, em 2009.

LINK: [manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf](#) ([saude.gov.br](#))

b) Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, de caráter técnico-científico, sigiloso e educativo, não coercitivo ou punitivo. Visam identificar os fatores de evitabilidade dos óbitos maternos, fetais e infantis, elaborar propostas de intervenção para a redução desses eventos, além de avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e à criança para subsidiar as políticas públicas (BRASIL, 2009).

A estratégia de análise dos óbitos maternos de forma qualificada foi iniciada no estado de Minas Gerais (MG) em 1995. Em 2013, a SES-MG retomou a implantação dos comitês como estratégia consolidada para a redução da mortalidade materna e infantil e, desde então, o Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais (CEPMMIF-MG) vem exercendo suas atividades.

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal estão organizados nos níveis estadual, regional, municipal e hospitalar, entretanto, a implantação e atuação dos Comitês é heterogênea no estado, sendo persistentes as dificuldades em muitos locais.

É extremamente importante que os territórios se organizem, implantem e mantenham ativos os comitês.

c) Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil

O Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais visa orientar as intervenções em saúde realizadas no estado e municípios no intuito de reduzir o número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual, por meio da qualificação da rede materno-infantil, da integração dos três níveis de atenção em saúde, e da ampliação e fortalecimento dos serviços de pré-natal para gravidez de risco habitual e de alto-risco. Os objetivos do plano estão interligados com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU 2030 e os objetivos estratégicos da SES-MG.

O escopo de atuação do plano busca implementar ações e monitorar indicadores que estão associados à quatro eixos estratégicos: prevenção da gravidez não desejada e/ou planejada e das complicações dela decorrentes; acesso universal a serviços de qualidade na Rede de Atenção à Saúde; qualificação profissional; e a mobilização social e comunicação.

Dessa forma, é de suma importância o acompanhamento do monitoramento do plano pelos municípios para que sejam construídas estratégias e intervenções que farão diferença na RMM e TMI e qualifiquem a assistência ofertada.

III. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A integralidade do cuidado, em especial na assistência materno-infantil, é um princípio essencial que permeia os diversos níveis de atenção em saúde. Este enfoque holístico reconhece a complexidade das necessidades de saúde das mulheres e crianças, indo além do tratamento de doenças para abranger aspectos preventivos, educativos e emocionais. Isso implica não apenas a disponibilidade de serviços de qualidade, mas também a coordenação eficaz entre diferentes profissionais e setores, a qualificação dos profissionais que atuam nos serviços, o respeito à autonomia e às escolhas das mulheres, e o reconhecimento da importância da família e da comunidade no processo de cuidado.

Abaixo estão listados os principais pontos da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil e suas respectivas competências.

a) Atenção Primária à Saúde

A APS é a principal porta de entrada na Rede de Atenção Materno-Infantil, voltada para responder de forma integral, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades das mulheres e crianças, integrando ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e tratamento, e coordenando o compartilhamento do cuidado com outros níveis de atenção (BRASIL, 2017).

Dentre as ações pertinentes à saúde da mulher na APS, podem ser evidenciadas: planejamento reprodutivo e abordagem pré-concepcional; detecção precoce da gestante/busca ativa; oferta de consultas de pré-natal de qualidade, bem como realização de atividades educativas em grupo; vinculação das gestantes às maternidades de referência; oferta de atendimento às demandas pontuais e de urgência para gestantes; visitas domiciliares às gestantes e puérperas; oferta de consulta puerperal; oferta de vacinas, cuidados à saúde bucal, dentre outros (BRASIL, 2016).

Ainda na APS, nos grupos operativos, as gestantes têm a possibilidade de serem ouvidas sobre os seus medos, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, informando as mudanças que ocorrem em todo corpo durante a gravidez, incluindo aspectos que envolvem a saúde bucal, enfatizando a importância da higiene, estimulando o autocuidado, hábitos de vida saudável e desmistificado que a gestante não pode receber tratamento odontológico.

Em atenção à saúde da criança, as equipes de APS devem realizar a visita domiciliar ao recém-nascido (RN) em até uma semana após o parto; ofertar as ações do 5º dia de saúde integral, incluindo a realização do teste do pezinho; ofertar atividades educativas em grupo e consultas para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança (puericultura); realizar busca ativa das crianças menores de um ano; ofertar vacinas conforme calendário vacinal; ofertar atendimento às demandas pontuais e de urgência para crianças, dentre outros (BRASIL, 2012; 2018).

No contexto das ações de promoção à saúde, a APS tem papel fundamental tanto para a saúde da mulher, identificando possíveis fatores de risco e vulnerabilidades que possam impactar negativamente durante a gravidez, quanto para a saúde da criança, por meio da detecção e intervenção precoces de doenças e deficiências na primeira infância. Sabe-se que a promoção à saúde tem por objetivo promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrasetoriais e intersetoriais que favoreçam a equidade, a melhoria das condições e modos de viver, incluindo

orientações sobre atividade física e alimentação da gestante, que estimulem o empoderamento dos indivíduos e comunidades de modo a ampliar a potencialidade da saúde individual, coletiva e a participação social (BRASIL, 2010).

Portanto, busca-se reduzir as desigualdades, vulnerabilidades e riscos à saúde, por meio da atuação sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, atuando no combate às diferentes formas de discriminação e para reduzir invisibilidade de populações com necessidades de saúde distintas, como as populações negras, indígenas, privadas de liberdade ou em situação de rua e diminuir as disparidades no acesso aos serviços (BRASIL, 2010).

Salienta-se que as mulheres indígenas estão expostas a diversos tipos de vulnerabilidades e, por isso, é fundamental levar em conta as suas especificidades culturais, territoriais, barreiras de acesso e linguística, reconhecendo as vulnerabilidades intrínsecas a esse grupo. É uma população com alta taxa de mortalidade materna e infantil, em comparação com a população não indígena. Nesse sentido, é de grande relevância fortalecer a atenção à saúde da mulher e da criança indígena na sua integralidade, uma vez que a maioria dessa população reside em regiões distantes e com grandes vazios assistenciais.

Além disso, tem-se as práticas integrativas e complementares (PICS) que são recursos terapêuticos baseados no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo atuando na prevenção de doenças e complicações, redução de sintomas físicos e mentais e na recuperação e promoção da saúde. Atualmente, o SUS oferece, de forma integral e gratuita, 29 modalidades de PICS à população, dentre elas a acupuntura, auriculoterapia, meditação e aromaterapia. Os atendimentos começam na APS, principal porta de entrada para o SUS, mas podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Qualquer usuário do SUS pode utilizar as PICS, desde que não haja contraindicações específicas para cada prática (MINAS GERAIS, 2023).

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre as PICS acesse:

<https://www.saude.mg.gov.br/pics>

b) Atenção Ambulatorial Especializada

A organização da AAE no âmbito da SES/MG está centrada no apoio à estruturação de pontos de atenção de abrangência regional para prover atendimento especializado aos usuários de risco elevado, ancorados em critérios de acesso em linhas de cuidado definidas e regulamentadas, tendo a APS como porta de entrada preferencial e eixo ordenador do cuidado. Desse modo, tais serviços devem assegurar a oferta de consultas com equipe multiprofissional e de exames/procedimentos especializados que são considerados essenciais para garantir a resoluibilidade assistencial nas linhas de cuidado, buscando possibilitar a redução dos índices de morbimortalidade por complicações evitáveis associadas a agravos não transmissíveis (MINAS GERAIS, 2023).

Neste contexto, estão inseridos os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) e os Serviços da Política de Ampliação da Média Complexidade, além de serviços municipais.

O escopo assistencial destes serviços está voltado para o atendimento de linhas de cuidado específicas, entre elas, o Pré-Natal de Alto Risco e a Criança de Risco. No que tange aos procedimentos não incorporados ao escopo do CEAE e pela Política de Ampliação da Média Complexidade, o acesso deve ocorrer por meio da RAS em tempo oportuno e com a qualidade adequada para assegurar o monitoramento clínico pertinente, bem como a definição do plano de cuidados a ser elaborado no âmbito da AAE. Para tanto, torna-se necessário o mapeamento dos pontos de atenção para a oferta dos procedimentos não incorporados e, sobretudo, há de ser considerada a capacidade instalada dos prestadores para validação dos fluxos assistenciais nos territórios.

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a atenção especializada no Estado acesse: Resolução SES/MG nº 6.946, de 04 de dezembro de 2019 e suas alterações, e a Política de Ampliação da Média Complexidade, cujas regulamentações vigentes são a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.992, de 09 de dezembro de 2022 e suas alterações, bem como a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.993, de 09 de dezembro de 2022 e suas alterações.

A identificação das gestantes de alto risco é realizada pela APS que, subsidiada pelas diretrizes de estratificação de risco gestacional definidas pelo estado, encaminha a solicitação de atendimento eletivo à regulação do município e este, por sua vez, repassa esta solicitação ao serviço de média complexidade, que irá realizar o agendamento da primeira consulta. Em alguns casos, esse encaminhamento pode ser realizado entre a APS diretamente com o serviço da média complexidade através de e-mail, sistema ou malote. E, para os atendimentos subsequentes, os agendamentos serão realizados pelo próprio serviço ambulatorial diretamente com o usuário ou através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) ou da regulação municipal, a depender da organização do território (MINAS GERAIS, 2020).

Na política da Ampliação da Média Complexidade, é solicitado aos municípios polo de microrregião a implantação de um núcleo regulador exclusivo com equipe mínima composta por um profissional médico, um profissional da saúde de nível superior, preferencialmente da enfermagem e um profissional administrativo para viabilizar o acesso regulado e oportuno às linhas de cuidado nos pontos de atenção ambulatoriais especializados. Os municípios sede, onde os serviços são implantados, são gestores do recurso financeiro estadual disponibilizado, podendo haver a contribuição através da Programação Pactuada Integrada (PPI) por parte dos municípios de abrangência, uma vez que o financiamento é tripartite (MINAS GERAIS, 2021).

c) Atenção Hospitalar

Os cuidados ofertados na atenção hospitalar, assim como nos demais níveis de atenção, devem ser subsidiados pelas evidências científicas mais atuais, a fim de manter uma assistência humanizada e qualificada durante a gestação, o parto e o puerpério, além de estar aptos a assistir situações de urgência e emergência (BRASIL, 2014).

A organização da rede de parto e nascimento é realizada por meio da grade de vinculação, conforme sua complexidade de atendimento – risco habitual e alto risco. No entanto, inde-

pendente da tipologia, a instituição hospitalar deverá realizar o acolhimento da gestante no princípio de “vaga sempre” e prestar os cuidados compatíveis com a estrutura local, até que ocorra a transferência responsável (MINAS GERAIS, 2020).

O atendimento do parto e nascimento/intercorrências na gestação de risco habitual deve ser garantido na microrregião de residência e na gestação de alto risco na macrorregião de residência da gestante. Casos excepcionais poderão ser pactuados em outros territórios. Além disso, casos de alto risco com situações especiais (tais como aqueles relacionados à Medicina fetal), demandarão fluxo especial (MINAS GERAIS, 2020).

Ademais, no que se refere aos cuidados neonatais, em Minas Gerais adota-se o modelo de cuidado progressivo neonatal, visando a otimização da ocupação dos leitos e a oferta do melhor cuidado.

Para saber mais sobre a organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento e unidades neonatais: leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa) no estado de Minas Gerais, acesse a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.222, de 16 de Setembro de 2020.

d) Sistema de apoio e logístico

A Regulação Estadual atua na Rede Pública de Saúde em Urgência e Emergência, preconizada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.941, de 21 de setembro de 2022, que aprova as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do SUS-MG, em conformidade com a Política Nacional de Regulação (MINAS GERAIS, 2018 & 2022).

Dentre as ações que contemplam a Regulação Estadual, cita-se: regulação médica pré-hospitalar e hospitalar em urgência; controle dos leitos disponíveis nos municípios, bem como as agendas de consultas e procedimentos; padronização das solicitações por meio de protocolos e o estabelecimento das referências intermunicipais e interestaduais, cabendo ao estado a regulação das urgências intermunicipais apoiado na Programação Pactuada e Integrada – PPI, o Plano Diretor de Regionalização – PDR e o desenho das Redes de Atenção à Saúde (MINAS GERAIS, 2022).

i. Regulação e transporte

A Regulação do Acesso à Assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador, e suas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica que, exercendo a função de autoridade sanitária, trabalha para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (MINAS GERAIS, 2018).

No que diz respeito à solicitação de internação/transferência das gestantes em caráter de urgência e emergência em MG, tem-se que o estabelecimento de saúde de origem (solicitante)

deverá inserir a solicitação de transferência/internação por meio da ferramenta estadual de regulação SUSfácilMG ou sistema que vier substituí-lo, contendo o laudo do paciente munido de informações detalhadas sobre o seu quadro clínico e seguirá conforme fluxo abaixo:

Figura 3. Fluxo de regulação para serviços da urgência e emergência



Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.941, de 21 de setembro de 2022.

O estabelecimento solicitante deverá também proceder com atualizações diárias do laudo e estar disponível via chat no SUSfácilMG e responder as pendências registradas no sistema, bem como a definição do transporte que será utilizado para encaminhar o paciente ao estabelecimento de destino. É importante destacar que no fluxo de regulação assistencial de urgência e emergência, a grade assistencial pactuada é considerada como norteadora do processo regulatório e não ordenadora (MINAS GERAIS, 2018).

Ao cadastrar o laudo da paciente no sistema, o estabelecimento de origem cadastra o CID (Classificação Internacional de Doença) e procedimentos, que são vinculados automaticamente a quatro tipos de protocolos: trabalho de parto, parto prematuro, gestação de alto risco e pré-eclâmpsia. Ao avaliar o laudo e confirmar-se maior gravidade do caso, com risco de morte materna, deve-se avaliar a transferência sem confirmação de reserva de acordo com as seguintes condições clínicas apresentadas, como síndrome HELLP, trauma grave, trabalho de parto prematuro, dentre outros (MINAS GERAIS, 2018 & 2022).

Após a garantia do acesso, a atividade regulatória no âmbito do SUS Estadual se encerra, sendo as próximas etapas de responsabilidade do estabelecimento de saúde de destino que se comprometeu ao atendimento, aceitando, em suas dependências, o paciente (MINAS GERAIS, 2018 & 2022).

Para os Municípios que não possuem porta de entrada em urgência/emergência, a seu turno, são regulamentados no art. 13 da resolução 8.340/2022 e devem encaminhar o paciente para a porta de entrada existente em um município próximo, com o qual tenha referência, e, caso necessário, este estabelecimento deverá solicitar a internação/ transferência pelo sistema SUSfácilMG (MINAS GERAIS, 2018 & 2022).

O transporte de urgência e emergência de gestante, puérperas e RN são abarcados pelo SAMU 192. Para todos os casos de transporte inter-hospitalar de urgência, em que as distâncias do estabelecimento que irá prestar o socorro forem maiores que 200 km, fora da macrorregião de origem, o transporte será executado por serviço privado contratado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), conforme critérios da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.527, de 23 de agosto de 2017.

O SAMU 192 é o componente móvel da Rede de Urgência e Emergência necessário em situações em que a gestante apresenta risco de vida ou de comprometimento da saúde do bebê. Esses riscos podem ser decorrentes de complicações da gravidez, como: pré-eclâmpsia; eclâmpsia; hemorragia; ruptura de membranas; trabalho de parto prematuro; infecção; anomalias fetais (BRASIL, 2011; BRASIL 2012).

Salienta-se, ainda, a importância da padronização dos cuidados a serem prestados durante o transporte, a fim de garantir uma assistência segura e eficaz. Em Minas Gerais, há um Núcleo de Educação Permanente que garante a capacitação de maneira contínua e padronizada para as equipes do SAMU 192 na macrorregião, de forma a garantir o melhor atendimento as gestantes, puérperas, e RN em qualquer situação de urgência e/ou continuidade do transporte inter-hospitalar de urgência (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

e) Teleconsultoria

A Telessaúde é uma estratégia importante que tem como objetivo ampliar o acesso universal e integral aos usuários, utiliza as tecnologias de informação e comunicação para a oferta de assistência remota, educação e pesquisa, engloba várias atividades, entre elas a teleconsultoria.

A teleconsultoria é definida como sendo uma consulta realizada entre profissionais de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação, com o intuito de fornecer informações/orientações sobre ações de saúde, além de possibilitar a discussão de casos clínicos e, consequentemente, contribuir para a melhora da assistência em saúde (BRASIL, 2011).

Considerando que a oferta de assistência é realizada de acordo com a necessidade e condição clínica, é de suma importância destacar a necessidade de integração e articulação entre as equipes da APS e as equipes da AAE. Assim, de acordo com o previsto na Portaria Nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, as equipes da AAE tem um papel importante no apoio clínico e cuidado compartilhado junto as equipes da APS.

Diante da vasta extensão territorial e da existência de vazios assistenciais, o estado de Minas Gerais encontra-se em fase de discussão sobre o serviço de teleconsultoria em parcerias com instituições de ensino a fim de ampliar o acesso aos especialistas e, consequentemente, aprimorar a qualidade da assistência.

Contudo, é importante a organização dos municípios com o intuito de implementar ações que assegurem o acesso e a qualidade da assistência ofertada em todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde, visando a integralidade do cuidado.

IV. ATENÇÃO À SAÚDE PRÉ-CONCEPCIONAL E GESTACIONAL

A Atenção à Saúde Pré-concepcional e Gestacional é um elemento central na promoção da saúde da mulher e da criança, principalmente durante o primeiro ano de vida.

O atendimento à rede materno-infantil deve ocorrer de forma individualizada no seu contexto de cuidado, para isso faz-se necessário ampliar o escopo de atuação da equipe assistencial de acordo com sua necessidade, visando o cuidado integral em Rede. Além disso, necessita de um olhar social em situações de vulnerabilidade com destaque para o binômio em situação de violência e saúde mental vislumbrando fortalecimento da rede com resposta rápida e eficaz.

Este tópico destaca as estratégias e diretrizes adotadas no estado referente ao planejamento reprodutivo e o aconselhamento pré-concepcional, assistência ao ciclo gravídico-puerperal incluindo a assistência ao parto e nascimento.

a) Planejamento reprodutivo e aconselhamento pré-concepcional

O planejamento reprodutivo configura-se como direito de escolha sobre ter ou não filhos, a quantidade destes que se deseja, como e em qual momento da vida tê-los, independentemente de gênero e a formação familiar. Envolve adolescentes e adultos, não sendo direcionado exclusivamente às mulheres, nem a pessoas com relações estáveis, podendo ser abordado junto às pessoas que ainda não iniciaram a vida sexual e se preparam para isso (BRASIL, 2016). Suas bases estão alicerçadas nos Direitos Sexuais e Reprodutivos além de ter sua garantia prevista pela Lei nº 9.263/1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O planejamento reprodutivo, individual ou do casal, pode ter sua condução em atendimentos de rotina e em consultas agendadas pelos usuários para esse fim, onde o profissional de saúde apresentará todos os métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS, juntamente com o(a) usuário(a), decidirá pela opção mais assertiva e em consonância com os critérios de elegibilidade estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Mas, caso o(a) usuário(a) opte pelo método definitivo, este deverá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, após um período de 60 dias para avaliar se é de fato seu desejo, para então prosseguir com os encaminhamentos do procedimento.

Cabe salientar que em relação ao cuidado e orientações direcionadas aos adolescentes, os profissionais devem seguir as diretrizes previstas no Estatuto da Criança e Adolescente, instituída pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

De acordo com as normativas vigentes, é permitido a contracepção cirúrgica definitiva para homens ou mulheres com capacidade civil plena, maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos. Fica dispensado a anuência do cônjuge para realização do procedimento. É aconselhável realizar dosagem de beta-hCG (gonadotrofina coriônica humana) ou teste imunológico da gravidez antes do procedimento de laqueadura tubária (MINAS GERAIS, 2023).

A título de informação, segundo a Relação de Medicamentos do estado de Minas Gerais, de 2023, os métodos contraceptivos disponíveis no SUS são: preservativo feminino e masculino, dispositivo intrauterino (DIU de cobre), injeções hormonais, pílulas orais, além dos métodos de contracepção definitiva (laqueadura tubária e vasectomia).

Em relação ao aconselhamento pré-concepcional, este tem por objetivo a identificação de fatores de riscos/doenças pré-existentes que podem impactar negativamente no desenvolvimento de uma futura gestação. Por isso, configura-se um instrumento extremamente importante para a redução da mortalidade materna-infantil (BRASIL, 2012).

As ações do planejamento pré-concepcional podem e devem ser realizadas tanto na APS quanto na AAE, sendo que na consulta pré-concepcional deve ser abordado:

- História pessoal e condições psicossociais como história ginecológica, violência doméstica, vida profissional e vida conjugal;
- Doenças pré-existentes: anemias crônicas, hipertireoidismo, epilepsia, doenças autoimunes, diabetes, nefropatias e transtorno mental (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia etc);
- Contraindicações relativas para engravidar, como em algumas cardiopatias;
- Rastreio para doenças infecciosas, como por exemplo: HIV, sífilis e hepatites virais;
- Realização de exame físico e exames complementares do casal;
- Conferência e adequação do cartão de vacina do casal;
- Abordagem do pré-natal do parceiro para conhecimento prévio do casal.

Ainda na consulta pré-concepcional, sugere-se o estímulo à prática de atividades físicas, alimentação saudável, cessação e redução do consumo de tabaco, álcool e outras drogas (BRASIL, 2016). Deve-se considerar a solicitação de exames complementares - dosagem de FSH, prolactina, T4 livre e TSH (para mulheres) e espermograma (para os homens) nas seguintes situações:

- Quando houver duas ou mais interrupções gestacionais subsequentes;
- Mulheres com menos de 30 anos que estão tentando engravidar a dois anos, sem anti-concepção, sem sucesso;
- Mulheres entre 31 e 39 anos com um ano de tentativa de engravidar, sem uso de método contraceptivo;
- Mulheres com mais de 40 anos com seis meses tentando engravidar, sem uso de anticoncepcional;
- Pessoa/casal com vida sexual ativa, sem uso de método contraceptivo, mas que possui condição física impeditiva para gravidez (exemplo, obstrução tubária bilateral) (BRASIL, 2016).

Após avaliação da equipe, e persistindo a ausência de gravidez, orienta-se o encaminhamento para serviço especializado em atendimento a infertilidade, conforme fluxo da regulação do município (BRASIL, 2016).

IMPORTANTE

Em caso de suspeita de gravidez, deverá ser garantido a realização do Teste Rápido de Gravidez na Unidade de Atenção Primária. Se o teste for positivo, o profissional de saúde deverá realizar a primeira consulta de pré-natal ou agendar o mais breve possível.

b) Assistência ao pré-natal

O pré-natal consiste no acompanhamento periódico e contínuo da gestante durante o ciclo gravídico-puerperal, através de práticas baseadas em evidências científicas, visando a identificação precoce de alterações (BRASIL, 2012). Considerando as especificidades do território, em Minas Gerais, o pré-natal é estratificado em Habitual ou Alto Risco, cada qual com seu fluxo específico na RAS.

Em relação ao pré-natal de risco habitual, realizado pela equipe de APS, recomenda-se a realização de, no mínimo, 07 consultas, sendo que não existe alta do pré-natal (BRASIL, 2024). A primeira consulta deve ser realizada, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação, de preferência pelo enfermeiro, considerando as ações/orientações que devem ser realizadas, dentre elas:

- Avaliação clínico-obstétrica e nutricional;
- Cálculo inicial da Data Provável do Parto (DPP) pela Data da Última Menstruação (DUM);
- Estratificação de risco gestacional;
- Avaliação/orientação sobre o calendário vacinal;
- Solicitação de exames de rotina de pré-natal;
- Coleta de citopatológico, se necessário;
- Preenchimento e entrega da caderneta da gestante;
- Vinculação à maternidade de referência;
- Registro da condição de gravidez no Sistema de Informação;
- Suplementações e demais orientações;

Salienta-se que, durante a gravidez, as necessidades nutricionais aumentam para apoiar o crescimento e desenvolvimento do feto bem como o metabolismo materno. Assim, as recomendações alimentares e nutricionais devem adaptar-se a cada mulher, considerando-se as diferenças individuais, assim como a prática de atividade física.

Além disso, sabe-se que a obesidade materna e o ganho de peso excessivo na gestação estão associados a várias complicações, elevando os riscos do surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, além dos riscos de

indução do trabalho de parto, de cesarianas, de hemorragia puerperal, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos (RN) grandes ou pequenos para a idade gestacional, e ainda podem expor a criança a um maior risco de complicações a curto e longo prazo. Em RN, além da macrosomia fetal, os mesmos podem apresentar dislipidemia, hipoglicemia neonatal, trauma fetal, defeitos do tubo neural, prematuridade, sofrimento fetal, risco aumentado de aspiração de mecônio.

As consultas subsequentes devem seguir um roteiro similar, porém, mais simplificado ao da primeira consulta. O olhar dos profissionais em todas as consultas deve ser ampliado e considerar as condições clínicas e psicossociais da gestante. Importante destacar que no pré-natal a gestante deve ser orientada sobre a importância do aleitamento materno e elaboração do plano de parto, que é um documento a ser construído em conjunto entre gestante/parceiro e profissional da saúde.

Reforça-se ainda a importância da realização de consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros durante todo o pré-natal, conforme a periodicidade abaixo e a realização da estratificação de risco gestacional em todas as consultas.

Quadro 1: Periodicidade das consultas de pré-natal de risco habitual

Idade Gestacional	Periodicidade de consultas
Até a 28ª semana	Uma consulta mensal
Da 28ª a 36ª semana	Uma consulta a cada quinze dias
A partir da 36ª semana	Uma consulta semanal

Fonte: Brasil, 2019.

Além disso, é de vital importância garantir o acesso aos exames de rotina do pré-natal, assim como dos medicamentos profiláticos e das vacinas preconizadas durante a gestação, listados no quadro abaixo.

Quadro 2: Mapeamento do cuidado durante o pré-natal

Exames básicos	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Hemograma completo	x	(resultado de Hb <11g/dl no 1º trimestre)	x
Grupo Sanguíneo e fator Rh	x		
Coombs indireto	(se Rh negativo)	(se Rh negativo)	(se Rh negativo)
Teste rápido (TR) para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha)	x		x
Glicemia de jejum	x		(se não foi realizado TOTG)
Urina rotina e urocultura	x		x
Sorologia anti HTLV – 1/2	x		

TR para HIV (1ª escolha) ou sorologia para HIV (2ª escolha)	x		x
Toxoplasmose IgM e IgG	x	(se susceptível)	(se susceptível)
Colpocitologia oncológica (se necessário)	x		
TR para hepatite B (1ª escolha) ou sorologia para hepatite B (HbsAg) (2ª escolha)	x		x
TR para hepatite C	x		x
Eletroforese de hemoglobina	x		
TSH	x		
Teste de tolerância oral a glicose após 75g de dextrosol		(entre 24ª e 28ª semana, se não diagnosticada com Diabetes Mellitus)	
Ultrassom obstétrico	Para gestantes de risco habitual: mínimo um entre 18 e 22 semanas, mas idealmente um entre 11 e 13 semanas e um entre 18 e 22 semanas de gestação. Para gestantes de alto risco: conforme avaliação/indicação obstétrica. Para gestantes com confirmação de Zika: mensal		
Ultrassom obstétrico com doppler; Cardiotocografia; Ecocardiograma materno e fetal	Apenas para gestantes de alto risco, conforme indicação clínica		
Exame parasitológico de fezes	Conforme indicação clínica		
Proteinúria (de fita) OU Relação Proteína/ Creatinina Urinária OU Proteinúria 24h	Realizar em gestantes com alteração nos níveis pressóricos e/ou suspeita de pré-eclâmpsia.		

Medicamentos profiláticos	Dosagem
Ácido fólico	Ácido fólico de início pré-concepcional (mínimo um mês antes da concepção, mas idealmente três meses antes da concepção) até o final da gravidez em dose de 2ml/dia (solução oral de 0,2mg/ml - 40 gotas). Utilizado para redução do risco de defeito de tubo neural e com finalidade de evitar anemia da gestante, infecção puerperal, baixo peso ao nascer e parto prematuro.
Sulfato ferroso	Sulfato ferroso profilático (40mg de ferro elementar/dia) a partir da 20ª semana de gestação até o terceiro mês pós-parto e/ou pós abortamento; Sulfato ferroso terapêutico: em casos de anemia materna em qualquer época da gestação.
Ácido Acetilsalicílico (AAS) e Cálcio	Recomenda-se o uso de AAS (100mg/dia à noite), início a partir da 12ª semana de gestação até 36 semanas, além do cálcio até o parto (suplementação mínima de 1g/dia), caso a mulher apresente os seguintes fatores de risco para a pré-eclâmpsia: - Um fator de alto risco: história de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, obesidade (IMC > 30mg/dl), HAC, diabetes tipo 1 ou 2, doença renal ou autoimune. - Combinação de dois fatores de risco moderados: nuliparidade, história familiar de pré-eclâmpsia, baixo nível socioeconômico, etnia afrodescendente, idade >= 35 anos, história pessoal de baixo peso ao nascer, gravidez prévia com desfecho adverso e intervalo > 10 anos desde a última gestação.
Imunização em gestantes	Esquema vacinal e orientações
Vacina dupla tipo adulto - dT (tétano + difteria)	Esquema vacinal completo de dT: administrar 1 dose de dTpa; Esquema vacinal incompleto e/ou desconhecido: completar esquema sendo 2 doses de dT e 1 dose de dTpa ¹ .

Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto - dTpa (difetéria + tétano + coqueluche)	¹ A vacina dTpa deve ser administrada em todas as gestantes, independente da situação vacinal prévia, a partir da 20ª semana de gestação, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, até 45 dias pós-parto;
Vacina contra Hepatite B	Gestante não vacinada ou com status vacinal desconhecido e HbsAg negativo deve completar o esquema de 3 doses, sendo o intervalo da primeira dose para a segunda de 30 dias e a terceira dose deve ser administrada 6 meses após a primeira;
Vacina contra Influenza	Deve ser administrada em dose única, a qualquer tempo no pré-natal até 45 dias após o parto, conforme campanha do Ministério da Saúde.
Vacina contra COVID-19	Administrada conforme recomendações vigentes do Ministério da Saúde

Fonte: SES-MG, 2024

Reforça-se, por fim, que em relação à população indígena, a atenção ao pré-natal deve estar baseada nos cuidados à saúde e no diálogo intercultural, considerando os cuidados indígenas na gravidez e estimulando a aproximação entre os modelos indígenas e biomédico e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, parteiras e outros cuidadores indígenas.

i. Estratificação de risco gestacional

A estratificação de risco gestacional deve ser realizada desde a identificação da gestação e reavaliada a cada consulta de pré-natal. O Manual de Gestação de Alto Risco, publicado em 2022 pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2022), elenca dez pontos essenciais para a realização da estratificação do risco obstétrico, são eles, adaptados para MG:

1. A APS deverá acompanhar essa gestante, considerando o cuidado longitudinal;
2. A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos;
3. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal, independentemente da idade gestacional;
4. A estratificação do risco é absoluta, a gestação de alto risco não volta a ser de risco habitual;
5. A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental;
6. As gestações de risco habitual com fatores que permitem a realização do pré-natal pela APS contarão com suporte da AAE;
7. Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado;
8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais;
9. A identificação das mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal;
10. As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata.

A Cartilha de Estratificação de Risco Gestacional do estado de Minas Gerais, considera os fatores de risco que permitem a realização do pré-natal nos serviços da APS, aqueles que indicam o encaminhamento ao serviço de atenção especializada e aqueles que indicam encaminhamento imediato à urgência e emergência.

Quadro 3: Estratificação de Risco Gestacional do estado de Minas Gerais

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
Unidade Básica de Saúde	Hospital com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos	Risco habitual	Ausência de critérios que determinem a caracterização nos outros estratos de risco gestacional.
Unidade Básica de Saúde	Hospital com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos	Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da APS	Características individuais e condições sociodemográficas:
			• Idade menor que 15 e 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 ou não aceitação da gestação;
			• Capacidade de autocuidado insuficiente;
			• Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo);
			• Etilismo com baixo grau de dependência e sem comprometimento do crescimento fetal;
			• Tabagismo ativo ou passivo, com baixo grau de dependência e sem comprometimento do crescimento fetal;
			• Altura menor que 1,45 m;
			• IMC <18,5 OU > 30-39kg/m ² (IMC≥40 kg/m ² vide alto risco);
			• Gestante em situação de rua, privada de liberdade, indígenas, quilombola, migrantes ou gestante negra (cor de pele preta e parda);
			• Uso ocasional de drogas ilícitas sem comprometimento do crescimento fetal.
			História reprodutiva anterior:
			• Histórico de, no máximo, 2 abortamentos precoces (até 12 semanas de gestação) consecutivos em gestações anteriores;
			• Desvio quanto ao crescimento uterino: Restrição de crescimento intrauterino (RCIU), macrossomia, suspeita de RCIU por altura uterina quando não houver ecografia disponível OU Desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrômio ou polihidrômio;
			• Nuliparidade OU multiparidade (5 ou mais partos);
			• Síndromes hemorrágicas OU hipertensivas sem critérios de gravidade OU Diabetes Gestacional;
			• Cesáreas prévias (02 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto cesárea com incisão clássica / corporal / longitudinal - vide alto risco);
			• Intervalo interpartal < 2 anos OU > 5 anos.

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
Unidade Básica de Saúde	Hospital com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos	Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da APS	Condições clínicas prévias à gestação:
			• Depressão leve ou transtorno de ansiedade leve (sem necessidade de tratamento medicamentoso); • Asma controlada sem uso de medicamento contínuo; • Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.
			Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual:
			• Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; • Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo); • Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 8g/dl e 10,9g/dl); • Doenças infecciosas: Sífilis (exceto sífilis terciária, resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita - vide alto risco); Suspeita/confirmação de dengue, Zika ou chikungunya (quadro febril e/ou exantemático).
UBS + Atenção Ambulatorial Especializada / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto risco	Alto Risco	Características individuais e condições sociodemográficas:
			• Dependência OU uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas; • Gestação em homens transsexuais; • Agravos alimentares e nutricionais: obesidade grau III (IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$), desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses), transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, dentre outros).
			História reprodutiva anterior:
			• Morte perinatal inexplicada; • Histórico de abortamento tardio ou recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos); • História prévia de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical; • Isoimunização Rh em gestação anterior; • Infertilidade; • Cesariana prévia com incisão clássica /corporal / longitudinal; • Acretismo placentário; • Síndrome hemorrágica ou hipertensiva grave (Pré-eclâmpsia; síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou admissão em UTI durante a internação e/ou no período puerperal); • Prematuridade anterior.
			Condições clínicas prévias à gestação:
			• Doença psiquiátrica grave: psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras; • Hipertensão arterial crônica com ou sem uso de anti-hipertensivo;

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
UBS + Centro Estadual de Atenção Especializada / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto risco	Alto Risco	• Doenças genéticas maternas; • Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar); • Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU infarto agudo do miocárdio; • Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC, fibrose cística); • Nefropatias graves (insuficiência renal, rins policísticos) • Endocrinopatias (diabetes mellitus 1 e 2, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo); • Doenças hematológicas -doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia, coagulopatias; • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia, tetraplegia e outras); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípido, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras collagenoses); • Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicornu, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, miomectomia); • Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez; • Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; Diagnóstico de HIV; • Transplantes; • Cirurgia bariátrica.
			Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:
			• Doença psiquiátrica grave: psicoses, depressão grave, transtorno afetivo bipolar e outras; • Câncer: os de origem ginecológica OU invasores OU que esteja em tratamento OU que possam repercutir na gravidez; • Gestação múltipla; • Gestação resultante de estupro; • Hipertensão arterial crônica diagnosticada na gestação OU hipertensão arterial gestacional OU pré-eclampsia sem critérios de gravidade; • Diabetes Mellitus Gestacional - DMG (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde); • Infecção urinária de repetição (≥ 3 episódios) OU ≥ 2 episódios de pielonefrite; • Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual; • Anemia grave (hemoglobina < 8g/dl) OU anemia refratária a tratamento (em caso de Hb < 7 g/dl - vide urgência/emergência);

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
UBS + Centro Estadual de Atenção Especializada / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Hospital de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto risco	Alto Risco	• Desvio quanto ao crescimento uterino: RCIU, macrosomia, suspeita de RCIU por altura uterina quando não houver ecografia disponível OU desvio quanto ao volume de líquido amniótico: oligodrâmnio ou polihidrâmnio;
			• Suspeita atual de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical;
			Doenças infecciosas: sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado - verruga viral no canal vaginal OU colo uterino OU lesões extensas/ numerosas localizadas em região genital OU perianal; diagnóstico de HIV/Aids;
			• Hemorragias da gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência);
			• Acretismo placentário OU placenta prévia não sangrante (diagnóstico confirmado após 22 semanas);
			• Colestase gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente);
			• Malformação fetal (defeitos do tubo neural, do sistema nervoso central, cardiopatias fetais, cervicais e da face, torácicas, da parede abdominal, do aparelho digestório, do trato urinário, esqueléticas-osteochondrodysplasias);*
			• Aloimunização Rh;*
			Qualquer patologia clínica que repercuta na gestação e/ou necessite de acompanhamento especializado.
IMPORTANTE! De acordo com o risco gestacional, o acompanhamento da mulher pode ser necessário em outros serviços de saúde, como serviços da Rede de Atenção Psicossocial e outras especialidades médicas.			
Encaminhamento imediato à maternidade de referência		Urgência e Emergência	• Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo - independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional);
			• Gravidez ectópica;
			• Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável;
			• Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos (convulsões, confusão mental), crise aguda de asma, edema agudo de pulmão, hipertermia (temperatura axilar ≥ 37,8°C, na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores), anormalidades visuais (escotomas cintilantes, visão turva, fotofobia), epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria, dispnéia, dor retroesternal;
			• Crise hipertensiva (PAS ≥ 160mmHg OU PAD ≥ 110 mmHg);
			• Prurido gestacional/ icterícia;

*Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal.

PRÉ-NATAL	PARTO	RISCO GESTACIONAL	FATORES
Encaminhamento imediato à maternidade de referência		Urgência e Emergência	• Suspeita/diagnóstico de infecção (pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar);
			• Anidrâmnio, polidrâmnio grave OU polidrâmnio sintomático (dor, dispnéia);
			• Hemoglobina $\leq 7\text{g/dL}$ OU anemia associada a sinais e sintomas de gravidade, como dispneia, taquicardia, hipotensão;
			• Gestantes com sífilis E alergia à penicilina para dessensibilização OU com suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
			• Ruptura prematura de membrana;
			• Trabalho de parto a termo ou pré-termo;
			• Hipertonia uterina;
			• Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas;
			• Dor abdominal intensa; suspeita/diagnóstico de abdome agudo;
			• Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
			• Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento ambulatorial (hiperêmese gravídica);
			• Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional;
			• Vitalidade fetal alterada (Perfil Biofísico Fetal ≤ 6 ; diástole zero em artéria umbilical; cardiotocografia com padrão não tranquilizador; ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas, em gestação ≥ 26 semanas), incluindo suspeita de morte fetal;
			• Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional;
Outras condições clínicas agudas.			

ii. Pré-natal de Alto Risco

A Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mulher e/ou do feto/recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada. As gestantes em situações de alto risco necessitarão, além do suporte no seu território, cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, eventualmente até em serviço de referência secundário ou terciário (BRASIL, 2022).

Após a identificação de algum fator de risco que justifique o encaminhamento ao Pré-natal de Alto Risco (PNAR), a gestante deverá ser encaminhada prontamente ao serviço ambulatorial e especializado de referência da região, mantendo sempre a vinculação com a APS.

Destaca-se que é a coordenação do cuidado pela APS que permite que a gestante se mantenha vinculada ao território. O cuidado pré-natal, ainda que compartilhado, deve continuar a ser ofertado pela unidade de origem, por meio de consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares pelo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2022).

A periodicidade das consultas, exames solicitados, suplementos e demais condutas da assistência é realizada de acordo com o agravo, levando em conta a individualidade de cada caso, tendo como função assistencial geral do PNAR:

- Realizar atendimento para gestantes compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade de interdisciplinar de atenção contínua;
- Elaborar, conjuntamente entre a mulher e os profissionais da equipe, o plano de cuidados individualizado;
- Apoiar e direcionar a mulher e companheiro (a) na elaboração do plano de parto;
- Realizar monitoramento clínico, conforme condição clínica do binômio;
- Realizar registro no prontuário, na caderneta da gestante, nos formulários, e demais documentos;
- Realizar ações de qualificação e apoio matricial às equipes da APS;
- Realizar atividades educacionais para as gestantes, acompanhantes e familiares;
- Vincular a gestante na maternidade de referência.

iii. Pré-natal odontológico

A saúde bucal desempenha um papel crucial em todas as fases da vida, desde a infância até a terceira idade. Durante a gravidez, o cuidado bucal adequado é especialmente importante, pois afeta não apenas a mãe, mas também o desenvolvimento do feto. Problemas como cáries e doenças periodontais podem aumentar o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018; BRASIL, 2022).

O cuidado em saúde bucal deve ser parte integrante de um pré-natal integral, tendo em vista a relação bidirecional entre as alterações físicas e psicológicas inerentes ao período gesta-

cional e puerperal na condição de saúde bucal da gestante e do bebê, bem como o reflexo das condições bucais presentes com a evolução da gestação. As alterações na dieta, hiperacidez do meio bucal e a desinformação sobre a adequada higienização bucal predis põe os principais agravos bucais, como a cárie dentária, a gengivite e a periodontite, sendo a gengivite de maior prevalência (BRASIL, 2022).

A equipe interdisciplinar da APS deve estar comprometida na captação precoce da gestante, no acesso oportuno aos cuidados em saúde e na qualidade do atendimento de pré-natal, e por isso deve encaminhar a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal, pendente de haver alguma queixa bucal ou não. Sendo assim, é importante que na primeira consulta odontológica a equipe de saúde bucal identifique as necessidades individuais da gestante, elabore um Plano de Tratamento Preventivo Terapêutico e realize o devido agendamento das demais consultas conforme necessidade (BRASIL, 2022).

Havendo a necessidade, a gestante poderá ser encaminhada pela eSB para outros tratamentos que envolvam a atenção especializada e/ou hospitalar, cabendo a Rede de Atenção à Saúde Bucal de Minas Gerais (RASB-MG) garantir a integralidade do cuidado, e os estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, para que as gestantes tenham acesso a todos os atendimentos odontológicos necessários durante a gestação (BRASIL, 2018 & 2022).

SAIBA MAIS

As diretrizes nacionais e estaduais referentes à assistência em saúde bucal poderão ser acessadas através da Política Nacional de Saúde Bucal, criada em 2004, e da Política Estadual de Saúde Bucal – Sorria Minas, lançada em 2021 por meio Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.567/21.

iv. Pré-natal do parceiro

O Pré-Natal do Parceiro é uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde que busca a captação dos homens e/ou mulheres, parceiros da gestante, para os serviços de saúde, enfatizando ações voltadas à prevenção, promoção, adoção de estilos de vida mais saudáveis e ao autocuidado. Sabe-se que o envolvimento consciente do parceiro durante a gestação é de vital importância para o fortalecimento do vínculo e para a construção de uma rede de apoio eficiente. Dessa forma, por meio desta estratégia tem-se a ampliação do cuidado e da corresponsabilidade da gestação para o parceiro, envolvendo-o durante todo o processo (BRASIL, 2023).

O Guia do Pré-natal do Parceiro para profissionais de saúde, atualizado em 2023 pelo Ministério da Saúde, recomenda a realização de, no mínimo, duas consultas. Na primeira, deverá ser realizadas orientações acerca do autocuidado, exercício da paternidade, dúvidas/inseguranças relativas à própria gestação, avaliação do cartão vacinal, dentre outras. Deve-se realizar a anamnese e o exame físico, incluindo verificação de peso e altura para o cálculo do IMC, aferição de pressão arterial, além de solicitar os seguintes exames:

- grupo sanguíneo e fator Rh (no caso da gestante ter Rh negativo);
- TR para hepatite B (1ª escolha) ou sorologia para hepatite B (HbsAg) (2ª escolha);

- TR para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha);
- TR para HIV (1ª escolha) ou sorologia para HIV (2ª escolha);
- TR para hepatite C;
- hemograma completo;
- lipidograma: dosagem de colesterol total, HDL e triglicerídeos;
- glicemia de jejum;
- eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme).

A consulta subsequente é fundamental para que o parceiro receba os resultados dos exames e se necessário seja direcionado para o tratamento adequado, além de esclarecimentos de dúvidas e da vinculação ao serviço para que os cuidados ao parceiro sejam continuados.

Essa é uma estratégia importante de cuidado com os homens na qual prevê ações voltadas ao planejamento reprodutivo, e ao mesmo tempo pode contribuir com a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde.

c) Parto e Nascimento

No pré-natal, a gestante é vinculada à maternidade de referência para o nascimento, de acordo com a estratificação de risco, baseada na grade de vinculação ao parto, nascimento e intercorrências na gestação pactuada no território. Durante cada consulta de pré-natal, a estratificação de risco pode ser alterada e, conseqüentemente, a referência hospitalar (BRASIL, 2022).

O pré-natal tem um papel fundamental para a promoção das boas práticas do parto e nascimento, pois representa um espaço de orientações sobre o trabalho de parto, parto e cuidados com o RN, objetivando a construção do plano de parto, além de outras informações como:

- riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto (uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc);
- a necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o pré-natal e o parto, previsto na Lei Federal nº 14.737, de 27 de novembro de 2023);
- estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na instituição, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- possibilidade de visita da gestante à maternidade de referência para conhecimento prévio;
- os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem-informadas.

Nesse sentido, observa-se a importância do plano de parto, documento construído em conjunto entre gestante/parceiro e profissional da saúde, que inclui as preferências da mulher em

relação ao trabalho de parto, parto e nascimento, baseada nas evidências científicas mais atuais. Além disso, é essencial que as mulheres em trabalho de parto sejam tratadas com respeito, recebendo acesso a informações e assistência fundamentadas em evidências e sendo ativamente envolvidas na tomada de decisões.

Para isso, os profissionais de saúde que as assistem devem estabelecer uma relação de confiança, buscando compreender seus desejos e expectativas. Eles devem estar conscientes da influência de sua atitude, tom de voz e escolha das palavras, assim como da qualidade dos cuidados prestados durante esse momento (BRASIL, 2016). Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de saúde destinadas a assistência ao parto de baixo risco, pertencentes a um estabelecimento hospitalar, cujo objetivo é promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher e ao recém-nascido na assistência ao parto e ao nascimento (MINAS GERAIS, 2020).

Nesse sentido, abaixo estão listadas algumas práticas importantes no parto e nascimento:

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Partograma preenchido em tempo real;
- Boas práticas de assistência com base nas evidências científicas;
- Presença do acompanhante;
- Liberdade de posição e incentivo às posições verticalizadas no parto;
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical;
- Recepção do RN de baixo risco com avaliação inicial sobre o ventre materno;
- Contato pele a pele imediato e ininterrupto entre mãe e bebê;
- Promoção do aleitamento materno;
- Evitar separações desnecessárias; e
- Alojamento conjunto (FIOCRUZ, 2019).

No que diz respeito à gestação de alto risco, as decisões sobre a interrupção do parto devem ser feitas caso a caso, considerando-se cuidadosamente as circunstâncias individuais e clínicas. A antecipação do parto pode ser realizada através da indução ou cesariana eletiva. O principal objetivo é permitir que a gestação prossiga até o seu termo mais próximo possível, garantindo a segurança tanto da mãe quanto do bebê, sem expô-los a danos desnecessários (BRASIL, 2022).

Como apoio a gestação de alto risco tem-se a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela APS ou Atenção Especializada e para puérperas que estão com os neonatos em unidades neonatais. Tem por objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares, embora não haja necessidade de

internação hospitalar, que proporciona a instituição a otimização dos leitos, e ao binômio mãe e filho, o incentivo a amamentação além do vínculo através do Cuidado Canguru (BRASIL, 2017).

Ademais, reforça-se a importância de oferecer suporte físico e emocional às mulheres neste momento visando o empoderamento e a redução das intervenções desnecessárias, principalmente no que se refere às cesarianas desnecessárias.

d) Puerpério e Aleitamento Materno

O puerpério é um período no qual a mulher vivencia diversas transformações físicas, psicológicas e sociais. É um momento em que a mulher está em processo de adaptação a uma nova realidade. Portanto, é essencial que a equipe de saúde continue ofertando assistência e apoio à puérpera e seu bebê (BRASIL, 2012).

Assim, o cuidado à puérpera e RN continuam após o parto e o nascimento. A mulher e o bebê devem ser encaminhados novamente ao serviço onde foi realizado o pré-natal para continuidade do acompanhamento (BRASIL, 2019).

Dessa forma, recomenda-se a realização de, no mínimo, duas consultas puerperais: uma na primeira semana após o parto associada às ações de saúde da criança e a segunda, no período de 30 a 42 dias após o parto associada a assistência a mulher (BRASIL, 2012).

É de suma importância que as consultas sejam realizadas de forma acolhedora e empática. Dentre as ações a serem realizadas durante a consulta puerperal, cita-se:

- Avaliação clínico-obstetra, dos aspectos emocionais e nutricionais;
- Acompanhamento do calendário vacinal;
- Preenchimento do atendimento no Sistema de Informação;
- Avaliação das mamas, orientação e apoio quanto a amamentação;
- Orientações sobre os cuidados básicos com o RN;
- Ações de planejamento reprodutivo; e
- Avaliação de sinais de alerta, como sangramento vaginal aumentado, sinais de infecção, dentre outros (FIOCRUZ, 2021).

Além do olhar de cuidado com a puérpera é importante a avaliação atenta em relação ao aleitamento materno, sabe-se que este é fundamental para a saúde materna e infantil. O leite materno apresenta em sua composição diversas vitaminas, minerais, gorduras, proteínas e açúcares, além de anticorpos que garantem o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, tanto físico quanto intelectual, além de diminuir os riscos de alergias e o desenvolvimento de outros agravos. A amamentação também traz diversos benefícios para a saúde materna, como diminuição das chances de doenças crônicas como hipertensão e obesidade, depressão pós-

-parto e câncer de mama, útero e ovários, além de auxiliar na perda de peso após o parto (BRASIL 2017 & 2019; MINAS GERAIS, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação exclusiva com o leite materno até os seis meses de idade. Depois desse período, o bebê deve começar a receber alimentação complementar saudável juntamente com o aleitamento materno, que deve ser mantido até os 2 anos ou mais (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019; MINAS GERAIS, 2022).

Durante todo o período da amamentação, o apoio e o incentivo dos familiares, dos profissionais de saúde e da comunidade são fundamentais para que a mulher possa desempenhar esse papel da maternidade com mais tranquilidade. Assim, reforça-se a importância das orientações quanto a importância da amamentação, pega e posicionamento corretos, direitos da mulher que amamenta, doação de leite, dentre outras temáticas relativas ao aleitamento materno em todos os níveis de atenção - APS, AAE, rede do Banco de Leite Humano e Atenção Hospitalar (BRASIL, 2017; BRASIL 2019; MINAS GERAIS, 2022).

Saiba mais sobre aleitamento materno nos materiais:

- Site da SES: <https://saude.mg.gov.br/aleitamento-materno>

- Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 – Redefine os critérios para habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança

- Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013- Institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

e) Saúde mental no ciclo gravídico-puerperal

A assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal perpassa diversas ações, desde o planejamento reprodutivo/aconselhamento pré-concepcional até os cuidados durante o puerpério. No entanto, para além do aspecto físico, em todos os níveis de atenção em saúde da RAS, os profissionais de saúde devem sempre estar atentos quanto aos aspectos emocionais desta mulher (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A avaliação da saúde mental, em todas as consultas de pré-natal, é de extrema importância considerando as diversas alterações biopsicossociais oriundas deste período. Sabe-se que a alteração emocional é um processo fisiológico à gestação e, por isso, muitas vezes as queixas podem passar despercebidas. Dentre as principais queixas, cita-se: ansiedade e dúvidas sobre a gravidez, medo de abortar, instabilidade emocional, medo em relação ao parto e ansiedade com a mudança da rotina após a chegada do bebê (BRASIL, 2012).

Durante o puerpério, o cuidado com a saúde mental deve ser mais intensificado, considerando este como um dos períodos de maior vulnerabilidade psíquica da mulher. Sendo assim, alguns fatores podem contribuir para o surgimento de transtornos psíquicos, dentre eles: esgotamento emocional, temores durante a gestação, cansaço por privação de sono, história pregressa de depressão pós-parto ou outros transtornos psiquiátricos (pessoal ou familiar), gravidez indesejada e eventos traumáticos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A puérpera pode apresentar maior sensibilidade emocional, choro sem motivo aparente, insegurança, ansiedade, insônia e irritabilidade. Dessa forma, deve-se realizar o acolhimento da gestante/puérpera de modo qualificado, através de acolhimento, escuta ativa, buscando identificar as condições emocionais, a presença de rede de apoio e o contexto de vida da mulher em que essa gestação ocorreu, a fim de identificar possíveis sinais de alerta que indiquem o enca-

minhamento desta para outros serviços da rede de atenção à saúde, bem como os serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial. Reforça-se ainda que se deve utilizar dos dispositivos disponíveis na rede, como teleconsultoria e matriciamento, para garantir uma assistência qualificada, identificação e tratamento oportuno de transtornos mentais (BRASIL, 2012, BRASIL, 2016; BRASIL, 2022).

Outro ponto importante é dialogar e construir junto a puérpera ações de cuidado através do acolhimento, inserção em grupo de apoio, incentivo as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos disponíveis no território, entre elas, a atividade física em prol da saúde mental, considerando a especificidade e realidade de cada puérpera.

Cabe destacar que o estado dispõe da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, instituída pela Resolução SES/MG Nº 5.461, de 19 de outubro de 2016, que preconiza que o cuidado em saúde mental às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas deve ser realizado nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do SUS, de referência do município. Portanto, as gestantes e puérperas devem ser acompanhadas pelos profissionais dos serviços com um olhar ampliado visando ofertar se necessário o cuidado em saúde mental, respeitando sua singularidade e de acordo com suas necessidades.

V. ATENÇÃO À SAÚDE NEONATAL E INFANTIL

a) Cuidado neonatal e intra-hospitalar

O cuidado neonatal e intra-hospitalar será baseado na avaliação do risco do RN ao nascer, de forma individual, que tem por objetivo auxiliar na adaptação do período fetal para o neonatal (BRASIL, 2014).

Imediatamente após o nascimento, faz-se necessário uma avaliação rápida da vitalidade do RN, realizado através do boletim de APGAR que avalia, no 1º e no 5º minuto de vida, a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a cor da pele/oxigenação e a resposta reflexa a estímulos irritáveis. Com base nessa avaliação, caso o RN apresente boa vitalidade ao nascer, deverão ser realizados os cuidados de rotina na sala de parto (administração de medicamentos profiláticos e exame físico do RN), atentando-se para a manutenção do contato pele a pele e o início da amamentação na primeira hora de vida, se não for contraindicada, além de sua permanência junto à mãe no alojamento conjunto (FIOCRUZ, 2018).

Entretanto, caso o RN necessitar de intervenções ao nascimento, este deve ser assistido por equipe qualificada e, se necessário, deverá ser transportado em incubadora de transporte para a Unidade Neonatal de acordo com as normas de estabilização e transporte, este poderá ser encaminhado para unidade de cuidados intermediários (UCINCO), ou até mesmo a um serviço de maior complexidade para cuidados intensivos (UTIN) de acordo com a sua classificação de risco (BRASIL, 2021).

Ademais, reforça-se a importância da realização de algumas ações, dentre elas:

- Medir PC, PT, Estatura, Peso;
- Realizar o Teste de Reflexo Vermelho, caso não tenha fundo de olho;
- Checar resultado de USG trans fontanela e fundo de olho (e marcar retorno na oftalmologia se necessário), para RN < 1500g ou Idade Gestacional < 34 semanas;
- Marcar Teste da Orelhinha, se não tiver sido realizado;
- Verificar vacinas, coleta do teste do pezinho (em caso de RN retido) e exame de tipagem sanguínea para RN retido na UTIN e filhos de mãe Rh negativo;
- Preencher a Caderneta da Criança – anotar dados do nascimento e da alta, exames e diagnósticos relevantes;
- Confirmar o risco neonatal e referenciar para a AAE e/ou APS;
- Preencher documentos (resumo de alta e prontuário) e anotar observações para retorno;
- Prescrever receitas de medicamentos e orientar as famílias;
- Agendar retorno no ambulatório se necessário – anotar no cartão de retorno;
- Orientar sobre amamentação, extração manual de leite e incentivo ao aleitamento materno exclusivo; e

- Atentar e orientar sobre os sinais de alerta: cianose, palidez, dificuldade respiratória, recusa alimentar, hipoatividade, hipo ou hipertermia, choro fraco ou gemência, vômitos frequentes, e caso venha persistir avaliar a conduta clínica (BRASIL, 2021).

IMPORTANTE

O Método Canguru é uma política nacional de saúde que integra um conjunto de ações voltadas para a qualificação do cuidado ao recém-nascido (RN) e sua família. Este método compreende três etapas nas quais a equipe de profissionais da Unidade Neonatal (UN) deve estar preparada para oferecer um atendimento de Saúde qualificado, observando a individualidade de cada criança e de sua história familiar (BRASIL, 2019). Para mais informações sobre o Método Canguru acessar o “Manual Técnico- Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru” e “Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso- Método Canguru- Diretrizes e Cuidado”

b) Cuidados paliativos e luto perinatal

A gestação é um dos eventos mais importantes e esperados na vida da maioria das mulheres e, geralmente, está relacionado à momento de alegrias. Contudo, há casos em que a saúde fetal pode estar comprometida por doenças que coloquem em risco a gestação ou o próprio feto. Assim, os cuidados paliativos devem ser iniciados a partir do diagnóstico dessa doença e mantidos durante toda a evolução dela, estendendo-se o cuidado ao luto.

Os cuidados paliativos são compreendidos como ações e serviços de saúde que irão proporcionar alívio da dor e sofrimento, bem como outros sintomas de pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam a continuidade da vida. A oferta de cuidado paliativo perinatal tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, por meio de uma abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2024, RIBEIRO, 2019).

Dessa forma, é essencial que a Rede de Atenção à Saúde se organize para lidar com situações inesperadas que causam angústia e sofrimento para pais e familiares. Nessa perspectiva, destacamos a importância de se discutir e realizar ações referentes aos cuidados paliativos e o luto perinatal.

Assim, as ações de cuidado paliativos deve ser conduzida pela equipe, considerando a singularidade de cada caso, sendo importante as seguintes ações:

- Apoiar os pais e familiares devido ao sofrimento vivenciado, ofertando suporte espiritual, emocional e social;
- Auxiliar no manejo da dor e de outros sintomas físicos, como náusea, perda de apetite, fadiga e problemas de sono;
- Orientar e dialogar com a família sobre as opções de tratamento e de cuidado com os objetivos centrados no paciente e na família;
- Promover uma comunicação efetiva e a coordenação do cuidado entre os profissionais de saúde para que todos conheçam os planos de tratamento e possam tomar decisões de forma compartilhada;

- Compartilhar informações junto aos pais e familiares e orientar decisões e participação ativa sobre cuidados e tratamento;
- Estimular criação de vínculo dos pais/família com o feto e planejar a construção de legado;
- Realizar articulação entre os serviços da rede de atenção à saúde que acompanhou a gestação com vistas a promover o acompanhamento longitudinal da puérpera e dos familiares;
- Conectar as famílias a recursos e serviços da comunidade.

Reforça-se que os cuidados paliativos não são apenas cuidados no fim de vida, devendo ser iniciados após o diagnóstico de doença limitadora de vida/potencialmente fatal, estando estes cuidados intimamente relacionados com os cuidados curativos. Estes cuidados devem ser prestados por uma equipe multidisciplinar coesa que possa dar uma resposta correta em termos de diagnóstico, prognóstico, evolução e seguimento, sendo indispensável a comunicação clara e constante entre os membros da equipe e a família da criança (BRASIL, 2024).

Em relação ao luto perinatal, é importante observar que as perdas gestacionais, embora não sejam eventos raros, determinam profundas repercussões, em especial na saúde mental das mulheres e suas respectivas parcerias/famílias. Tais fenômenos são mais comuns do que se possa imaginar e necessita que as equipes de saúde estejam orientadas e preparadas para lidar com essa situação.

O luto é um processo natural e esperado diante do rompimento de um vínculo significativo. A função do luto é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. O luto perinatal inclui perdas ocorridas durante a gestação (a partir de 22 semanas completas) ou até antes de completar 28 dias.

O cuidado individualizado, o respeito aos direitos, a assistência humanizada e o suporte emocional durante esse processo são essenciais para uma elaboração saudável do luto é determinante na qualidade de vida da mulher/casal/família após o evento da perda (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Desta forma, podemos considerar o luto como um processo singular, único e subjetivo, que diz respeito à trajetória daquele sujeito e ao modo que ele encontra, em um dado momento, para lidar com suas perdas.

O processo de luto é complexo e delicado, assim os profissionais devem ofertar uma assistência humanizada e prezar pelos seguintes princípios e ações junto a puérpera, parcerias e familiares:

- Acolher e escutar os pais e familiares;
- Realizar uma comunicação cuidadosa sobre a perda, garantindo a privacidade;
- Escolher e preparar um espaço individualizado para a puérpera e acompanhante, sempre que possível, visto que ficar próximas a puérperas e bebês pode gerar ainda mais sofrimento;
- Dialogar de forma cuidadosa e preparar a família para receber o bebê, para que puérpera, parceria e familiares possam se despedir;

- Providenciar uma caixa de memórias do bebê para que a família possa guardar lembranças, caso desejado. Como exemplos: fotos do parto, fotos com o bebê, carimbo dos pés ou mãos do bebê, uma mechinha do cabelo, oferta de possibilidade de batismo ou outra cerimônia pertinente às crenças da família;
- Realizar orientações sobre cuidados durante o puerpério, inclusive por escrito, considerando que, devido ao trauma vivenciado, a mulher pode não se recordar posteriormente.

Ademais, no que diz respeito ao luto perinatal, seu cuidado se estende por todas as etapas, ou seja, desde a comunicação da má notícia à família até os cuidados após a alta. No entanto, as evidências científicas disponíveis mostram que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o luto e, por isso, é de extrema importância a organização da rede e dos profissionais na linha de cuidado para aprimorar a qualidade da assistência prestada no contexto do cuidado paliativo e luto perinatal (FIOCRUZ, 2023).

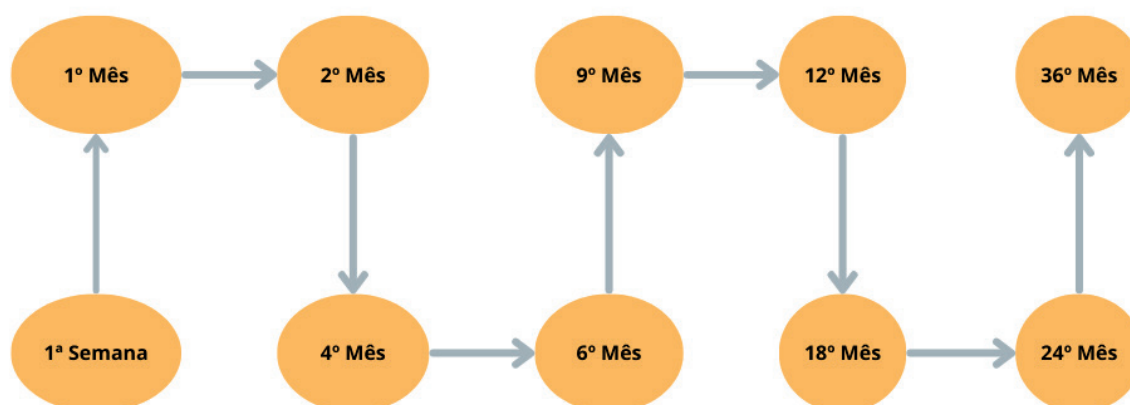
Nesse sentido, os gestores municipais e serviços devem se organizar e qualificar a oferta de assistência direcionada a esses casos junto aos profissionais de saúde, como por exemplo:

- Realizar ações de educação permanente, especialmente em tanatologia, terminalidade e temas transversais à morte;
- Organizar junto a equipe momentos de troca e compartilhamento de sentimentos.

c) Continuidade do cuidado: a importância da puericultura para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

A puericultura é de extrema importância no cuidado à saúde infantil, pois abrange a assistência periódica realizada pelos profissionais da saúde, visando o desenvolvimento saudável das crianças. A periodicidade de acompanhamento depende da estratificação de risco da criança, mas o Ministério da Saúde recomenda o seguinte esquema para a marcação das consultas de rotina:

Figura 4. Periodicidade mínima de consultas de puericultura



Fonte: Adaptado de Caderneta da Criança, BRASIL, 2023.

Durante essas consultas, deve-se avaliar o estado nutricional e histórico alimentar, bem como a amamentação; cobertura vacinal; desenvolvimento neuropsicomotor; visão, audição e desenvolvimento intelectual; desempenho escolar; saúde bucal; entre outros. Nas consultas é possível orientar a família sobre dúvidas, medos e auxiliá-los nos cuidados gerais com esses bebês, como banho, troca de fraldas, amamentação, sono, etc (BRASIL, 2012).

As consultas de puericultura atuam na promoção à saúde e prevenção de agravos e proporcionam oportunidades para os pais interagirem com seus filhos, aumentando assim o vínculo afetivo. Além disso, configuram-se como um espaço seguro para os pais receberem orientações e discutirem sobre suas preocupações com os profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

Ademais, reforça-se que, mesmo que a criança e sua família já estejam sendo acompanhadas por algum serviço ambulatorial de reabilitação, ambas devem também ser assistidas pela APS, e juntos, estes serviços de saúde estabelecerem interfaces com outros equipamentos do território (serviços da assistência social, escolas, educação infantil, projetos de economia solidária, entre outros) de forma a fortalecer as ações para o desenvolvimento dessa criança.

VI. ORIENTAÇÕES AO GESTOR

Para os gestores de saúde, é fundamental adotar uma abordagem que integre o planejamento entre os diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na priorização da atenção primária à saúde como ponto de entrada do sistema. Para isso, lista-se abaixo algumas diretrizes para auxiliar na implementação da linha de cuidado proposta:

- Realizar um diagnóstico situacional sobre a rede materno-infantil do seu território na perspectiva de elaborar estratégias e plano de ação que vislumbre a qualificação da assistência;
- Analisar e elencar estratégias, considerando as populações vulneráveis e que possuem especificidades: população negra, indígena, privadas de liberdade e em situação de rua;
- Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde;
- Organizar a rede do território, considerando as diretrizes do MS e do Estado visando ofertar a assistência integral e de qualidade às mulheres e crianças, nos diferentes pontos de atenção da rede e nos sistemas de apoio;
- Promover a qualidade dos cuidados por meio de ações de educação permanente e continuada dos profissionais;
- Enfatizar a humanização no atendimento e o acolhimento com o olhar diferenciado para as populações que vivem em condições de vulnerabilidade socioeconômica;
- Implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Estabelecer uma rede eficiente de referência e contrarreferência para assegurar a continuidade do cuidado;
- Implementar estratégias que possibilitem a integração entre os serviços, como por exemplo, o matriciamento;
- Realizar monitoramento sistemático utilizando indicadores de saúde;
- Envolver ativamente a comunidade no processo de tomada de decisões;
- Gerenciar de forma eficiente os recursos disponíveis, tanto humanos quanto materiais e financeiros;
- Alimentar os sistemas de informação da saúde de forma qualificada e contínua;
- Organizar a equipe de APS e atenção especializada para a realização de cuidado compartilhado através da realização de ações de matriciamento de forma sistematizada;
- Organizar a APS com vistas a ter equipe multiprofissional qualificada para acolhimento das demandas de saúde mental de forma compartilhada com os serviços da atenção especializada;

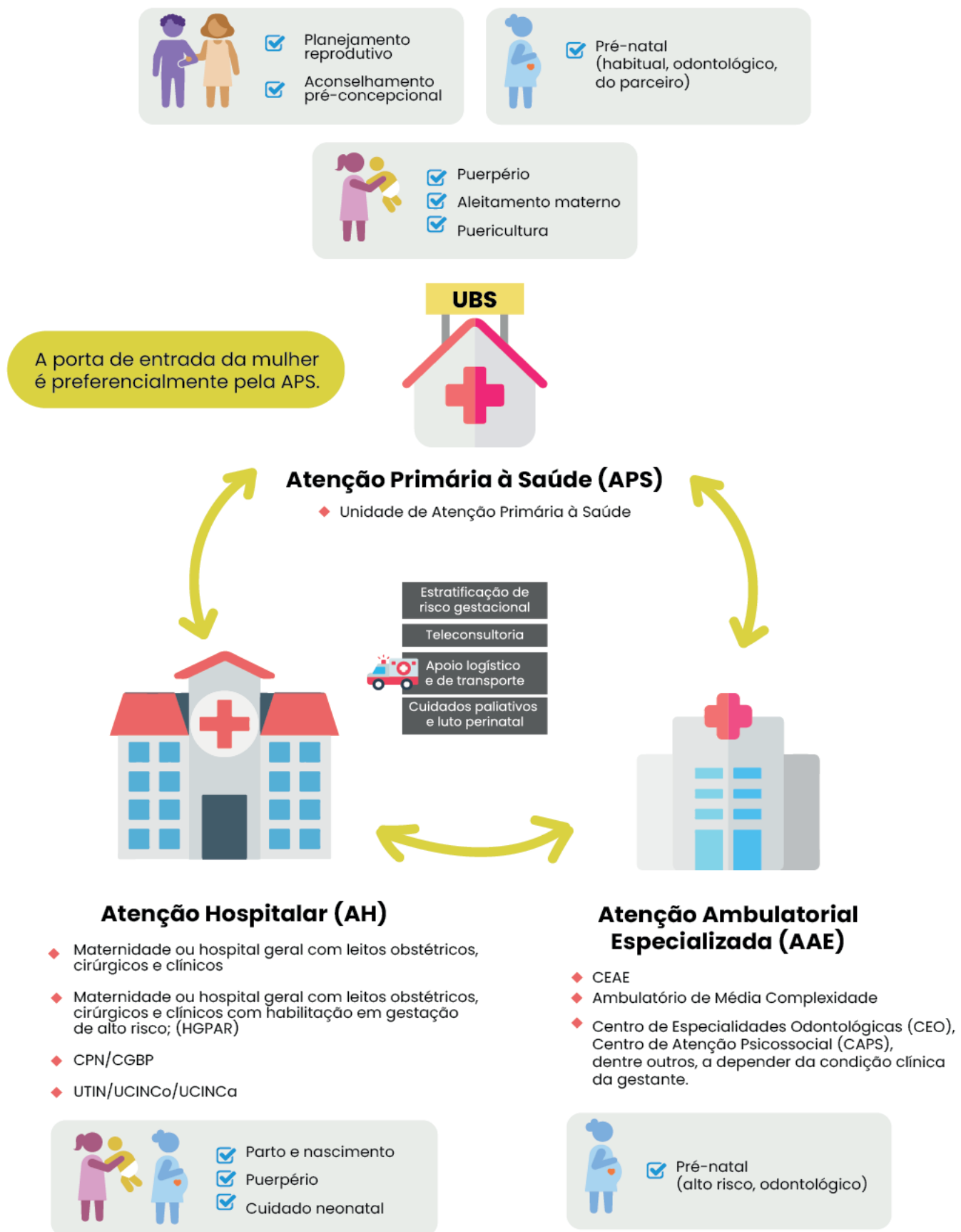
- Apoiar a implementação e o fortalecimento de políticas de redução da mortalidade materna e infantil;
- Assegurar a instituição de comitê municipal de enfrentamento a mortalidade materna, infantil e fetal por meio de reuniões regulares para discussão da análise dos óbitos com participação do controle social;
- Promover a qualidade do cuidado por meio de ações de educação permanente e continuada dos profissionais;
- Implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças em consonância com a Política Nacional de Promoção à Saúde e Política Estadual de Promoção à Saúde do Estado de Minas Gerais.
- Assegurar equipes de saúde bucal para oferta de cuidado pautado na integralidade do cuidado;
- Assegurar que a equipe da APS realize a busca ativa e acompanhamento longitudinal da mulher e da criança;
- Assegurar o planejamento reprodutivo, disponibilizando métodos de contracepção ou concepção segura nos serviços de saúde por meio de consultas com abordagem ampliada que considere a família, a gestante e o parceiro;
- Ofertar acesso oportuno e captação precoce das gestantes, assegurando atendimento por meio de equipe multidisciplinar;
- Ofertar grupos de gestantes visando a preparação para o parto, puerpério, amamentação e cuidado da criança;
- Ofertar acesso oportuno para gestantes e recém-nascidos de risco para acompanhamento especializado;
- Assegurar que as equipes da APS realizem o acompanhamento da puérpera e da criança, incluindo visita domiciliar regular até o 7º (sétimo) dia após o parto e nascimento;
- Assegurar a realização de consultas de puericultura periódicas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Planejar ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável na infância;

- Garantir o referenciamento da gestante/parturiente à maternidade de acordo com o risco gestacional;
- Orientar as instituições hospitalares que elaborem protocolos assistenciais baseados em diretrizes nacionais e estaduais e realize a capacitação dos profissionais;
- Orientar as instituições hospitalares que garantam alta responsável para todas as mulheres, recém-nascidos e crianças após internação hospitalar.

Com a implementação destas diretrizes, espera-se que esta linha de cuidado possa auxiliar no direcionamento e tomada de decisão na escolha das melhores ações a serem desenvolvidas e/ou priorizadas nas instituições/territórios, para que possamos oferecer uma assistência de melhor qualidade as mulheres e crianças e consequentemente reduzir a mortalidade materna, infantil e neonatal no estado de Minas Gerais.

VII. FLUXOGRAMA DO PERCURSO DA MULHER NA REDE

PERCURSO DA MULHER NA REDE



REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 – regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012_comp.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-ao-pre-natal-de-baixo-risco/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_alimentacao_materno.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdade-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Planejamento Reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar?. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-o-que-ha-de-novo-e-alem-do-planejamento-familiar/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Método canguru: diretrizes do cuidado. 1ª ed. revisada. Brasília, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_brasileiras_menores_2_anos.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. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_saude_mulher.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. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes. Brasília, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pratica_odontologica_gestantes.pdf.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Fundação Nacional de Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

BRASIL. Lei Federal nº 14.737, de 27 de novembro de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança: Menino. Passaporte da Cidadania. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_6ed.pdf.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação Saúde do Homem. Guia pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde. Brasília, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre a Rede Alyné. Brasília, 2024. Disponível em <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.350-de-12-de-setembro-de-2024-584287025>.

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais Questões sobre Planejamento Reprodutivo: contracepção. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-contracepcao/>.

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Promoção do Aleitamento Materno no Alojamento Conjunto. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/promocao-do-aleitamento-materno-no-alojamento-conjunto/>.

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Cuidado ao Parto e Nascimento de Risco Habitual, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cuidado-ao-parto-e-nascimento-de-risco-habitual/>.

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais questões sobre a consulta de puerpério na Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Nota técnica nº 2/SES/SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA/2020. Critérios de Encaminhamento - referente ao Programa dos Centros Estaduais de Atenção Especializada/SES-MG. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/09_2021/04-out-nov-dez/19-10-Nota-Tecnica-No2-SES-SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA2020.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº 3/SES/SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA/2021. Informações referente aos procedimentos e profissionais que devem constar em cada linha de cuidado / especialidade dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE). Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/09_2021/04-out-nov-dez/19-10-Nota-Tecnica-No3CAEA-Procedimentos%20CEAE.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Aleitamento Materno. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/aleitamentomaterno>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.941, de 21 de setembro de 2022. Aprova as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=23919-deliberacao-cib-sus-mg-n-3-941-de-21-de-setembro-de-2022?layout=print.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.300, de 25 de julho de 2023. Aprova a alteração da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.939, de 22 de maio de 2019, que aprova os critérios de credenciamento dos serviços de saúde para realização de contracepção cirúrgica (laqueadura/ vasectomia), os requisitos necessários para a execução destes procedimentos, e dá outras providências. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sistemas-de-informacao/nascidos-vivos-sinasc/>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentos>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) 2023. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sistemas-de-informacao/nascidos-vivos-sinasc/>.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

RIBEIRO, Júlia Rezende; POLES, Kátia. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família / Palliative Care: Practice of Family Health Strategy Physicians. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 3, p. 62-72, 2019. Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais, Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sqGJCJcSsC5mbKZkRHH-fnNm/?lang=pt>

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/swop2022>.



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.