



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Reserva – PR
2025

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES

Município de Reserva – PR

(Conforme Linha Guia Materno Infantil – SESA/PR, 8ª Edição, 2022)

1. Objetivo

Garantir atenção integral, equânime e humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido até dois anos, conforme a **Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná**.

2. Princípios

Baseados na **Linha Guia 2022**, a organização do cuidado segue sete princípios fundamentais:

1. **Captação precoce da gestante** (preferencialmente até 12 semanas);
2. **Estratificação de risco gestacional** a cada consulta;
3. **Acompanhamento com no mínimo sete consultas**, exames de rotina e atendimento especializado conforme risco;
4. **Vinculação da gestante à maternidade de referência**, conforme risco;
5. **Atenção ao puerpério e ao recém-nascido** (duas consultas);
6. **Planejamento sexual e reprodutivo**;
7. **Promoção à saúde e educação continuada**

3. Organização da Rede e Fluxos

A gestante será acompanhada de forma articulada entre os **três pontos de atenção**:

3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

Responsável pelo **pré-natal de risco habitual** e pelo **cuidado compartilhado** de gestantes de risco intermediário e alto risco.

Competências da UBS (segundo a Linha Guia):

- Cadastrar todas as gestantes no e-SUS;
- Realizar estratificação de risco a cada consulta;
- Garantir **mínimo de 7 consultas** (mensais até 28s, quinzenais até 36s, semanais até o termo);
- Solicitar e acompanhar exames de rotina;
- Vincular a gestante à maternidade conforme risco;
- Garantir 2 consultas de puerpério (7–10 dias e até 30 dias, associada à puericultura);
- Realizar visita domiciliar até 5 dias pós-parto;
- Oferecer vacinação, odontologia e ações educativas;
- Realizar busca ativa e telemonitoramento de gestantes faltosas;
- Apoiar aleitamento materno e planejamento reprodutivo pós-parto;
- Registrar todas as informações na **Carteira da Gestante e Prontuário Eletrônico**.

3.2 Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

Atendimento multiprofissional das gestantes de risco intermediário e alto risco, com plano de cuidados integrado à APS.

Competências:

- Receber encaminhamentos conforme estratificação de risco;
- Elaborar e compartilhar o **Plano de Cuidados da Gestante** com a UBS;
- Realizar, no mínimo:
 - **1 consulta multiprofissional** no risco intermediário;
 - **5 consultas no alto risco**;
- Garantir acesso a exames complementares (USG obstétrica, doppler, morfológica, cardiotocografia, etc.);
- Apoiar capacitações da APS e comunicação intersetorial.

3.3 Atenção Hospitalar (AH)

Responsável pelo parto, urgências e emergências obstétricas, conforme risco e pactuação regional.

Toda gestante deve estar **vinculada previamente** a uma maternidade.

Competências do Hospital de Referência:

- Garantir acolhimento e atendimento 24h;
- Respeitar o **Plano de Parto** elaborado na UBS;
- Cumprir as **Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento** (MS/2017);
- Garantir acompanhante durante parto e puerpério (Lei 11.108/2005);
- Registrar partograma, indicadores e óbitos;
- Garantir triagens neonatais e contato pele a pele;
- Realizar alta qualificada com encaminhamento à UBS para puerpério.

3.4 Desfecho de Parto

- Gestação pélvica com **39 semanas: encaminhar para desfecho de parto**;
- Gestação iterativa e iterativa prévia (duas cesáreas prévias) com menos de 2 anos entre os partos e com **39 semanas: encaminhar para desfecho de parto**;
- Gestante primigesta com **40 semanas: encaminhar para avaliação**;
- Casos de **trabalho de parto em andamento/urgência obstétrica: encaminhar diretamente para avaliação e conduta de desfecho – Pronto Atendimento Municipal / SAMU**

4. Estratificação de Risco Gestacional

4.1 RISCO HABITUAL

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	<p>Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, inclusive:</p> <p><u>Características individuais e socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos precoces (até 12 semanas anteriores (até dois abortos); <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ameaça de aborto¹; • Hipotireoidismo²; • Tabagismo (Fagerström < 8 pontos) ³ • Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos); • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve; • Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

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

4.2 RISCO INTERMEDIÁRIO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde) e Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS e Equipe Multiprofissional Especializada	<p>Gestantes que apresentam:</p> <p><u>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade < 15 anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (<3 anos de estudo); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos); • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais); <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Histórico de obito fetal (natimorto) em gestação anterior • Abortos tardios (entre 13 a 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclâmpsica grave ou eclâmpsica em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica previa estabilizada (acima de 22 anos de pós-operatório) e sem comorbidades.

Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:

- Diabestes gestacional não-insulinodependent;
- Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);

1. Teste de Fagerström: Anexo II / 2. Teste de T-ACE: anexo III / 3. Óbito Fetal (natiimorto): quando duração da gestação or igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25cm (BRASIL, 2009).

4.3 ALTO RISCO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p>e</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)</p>	<p>Equipe APS</p> <p>e</p> <p>Equipe Multiprofissional Especializada</p>	<p><u>Características individuais e condições Socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC≥40). <p><u>Condições Clínicas prévias à gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e /ou com comorbidades; • Cirurgia uterina prévia fora da gestação; • Colelitíase com repercussão na atual gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doenças autoimunes (ex.lúpus eritematoso e/ ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Doença falciforme (exceto traço falciforme); - Outras hematopatias. • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); • Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BI-RADS≥4; • Hipertensão arterial crônica; • Hipertireoidismo; • Histórico de tromboembolismo; • Má formação útero-vaginal; • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitias e com repercussão na atual gestação); • Neoplasias; • Pneumopatias descompensadas ou graves; • Psicose ou depressão grave. <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); • Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores. <p><u>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemiagrave (Hemoglobina < 8); • Diabetes gestacional insulino dependente; • Doenças infectocontagiosas: <ul style="list-style-type: none"> - HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais,hepatitesvirais,sarampo,febreamarelae outras arboviroses; - Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; • Doença hemolítica perinatal;

	<ul style="list-style-type: none"> •Gestação gemelar; •Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). •Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); •Incompetência Istmocervical; •Má formação fetal confirmada; •Macrossomia fetal (peso fetal estimado acima do percentil 90) ²; •Oligodrâmnio ou polidrâmnio; •Placenta acreta/acretismo placentário; •Placenta previa (após 22 semanas); •Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10) ² •Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; •Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); •Tromboembolismo na gestação; •Trombo filias na gestação; •Senescência placentária com comprometimento fetal.
--	--

1. Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Aensão Ambulatorial Especializada / 2. Utilizar Tabela de Hadlock (vide Carteira da Gestante).

Tabela de exames

Exames	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste rápido de gravidez ou Beta HCG qualitativo	X		
Teste rápido para HIV ou pesquisa de anticorpos anti HIV1+HIV2 (Elisa);	X	X	X
Teste rápido para sífilis (teste treponêmico) ou VDRL (teste não treponêmicos)	X	X	X
FTA-ABS ou sorologia por quimioluminescência (testes treponêmicos)	X	X	X
Tipagem sanguínea (grupos ABO, Fator Rh)	X		
Teste indireto de aglutinação humana (TIA) (COOMBS indireto)	X		
Eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha)	X		
Hemograma completo	X	X	X
Urina I (parcial de urina)	X	X	X
Cultura de urina (urocultura)	X	X	X
Dosagem de glicose	X		
Teste oral de tolerância à glicose		Entre 24-28 semanas	
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG)	X	X*	X*
Toxoplasmose (IgG e IgM)	X	X*	X*
Teste de Avididade de IgG para toxoplasmose*	X**	X**	X**
Pesquisa para hormônio tireoestimulante – TSH	X***		
Parasitológico de fezes	X		
Ultrassonografia obstétrica	X	X****	X
Exame citopatológico cérvico-vaginal/ microflora	X		

*(se suscetível) IgG de 1º trimestre negativo

**Se IgG e IgM positivos

***se TSH alterado fazer acompanhamento

**** Ultrassom morfológico no segundo trimestre (22 a 24 semanas)

O Agendamento do USG deverá ser realizado imediatamente após a solicitação médica.

(Conforme **Deliberação CIB/PR nº 24/2021** e Linha Guia 2022)

Estrato	Local de acompanhamento	Profissionais	Exemplos de condições
Risco Habitual	UBS	Equipe APS	Gestantes saudáveis, anemia leve, tabagismo leve, hipotireoidismo controlado
Risco Intermediário	UBS + AAE	Equipe APS + equipe multiprofissional	Idade <15 ou >40 anos, diabetes gestacional não insulino-dependente, anemia moderada
Alto Risco	UBS + AAE (referência regional)	Equipe APS + multiprofissional especializada	Hipertensão crônica, cardiopatias, gestações múltiplas, DM insulino-dependente, doenças autoimunes, infecções graves

Importante: a estratificação deve ser **reavaliada em todas as consultas** e pode mudar conforme evolução da gestação.

5. Exames de Rotina (Linha Guia, Tabela p.14)

Exame	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.
HIV, Sífilis (VDRL)	X	X	X
HBsAg (Hepatite B)	X	X	X
Hemograma	X	X	X
Urina tipo I e urocultura	X	X	X
Glicemia / TOTG (24–28s)	X		
Tipagem ABO/Rh e Coombs	X		
Toxoplasmose (IgG/IgM)*	X	X*	X*
Ultrassonografia obstétrica	X	X	
Citopatológico (se indicado)	X		

* se suscetível.

6. Vacinação da Gestante

Conforme **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**:

- **dTpa:** entre 20 e 36 semanas (preferencialmente 27–36);
- **Influenza:** em qualquer idade gestacional (anual);
- **Hepatite B:** conforme histórico vacinal.

7. Educação em Saúde e Plano de Parto

- Oferecer **visita guiada à maternidade até o 6º mês**;
- Elaborar **Plano de Parto** com a gestante, registrando preferências na Carteira da Gestante;
- Promover rodas de conversa e grupos de gestantes com multiprofissionais;
- Incentivar aleitamento materno e cuidados com RN.

8. Puerpério e Aleitamento

- 1ª consulta: 7–10 dias após o parto;
- 2ª consulta: até 30 dias (associada à puericultura);
- Avaliar: involução uterina, sangramento, lactação, contracepção, saúde mental e RN;
- Incentivar aleitamento materno exclusivo até 6 meses.

9. Saúde Bucal

- Realizar consulta odontológica durante o pré-natal, priorizando gestantes até 20 semanas;
- Procedimentos básicos podem ser realizados em qualquer trimestre.

10. Vigilância e Notificações

- **Notificar casos de Near Miss Materno** conforme orientações estaduais;
- Registrar em tempo real no sistema de informação municipal e estadual;
- Realizar reuniões periódicas com equipes para revisão de casos e indicadores.

11. Monitoramento e Avaliação

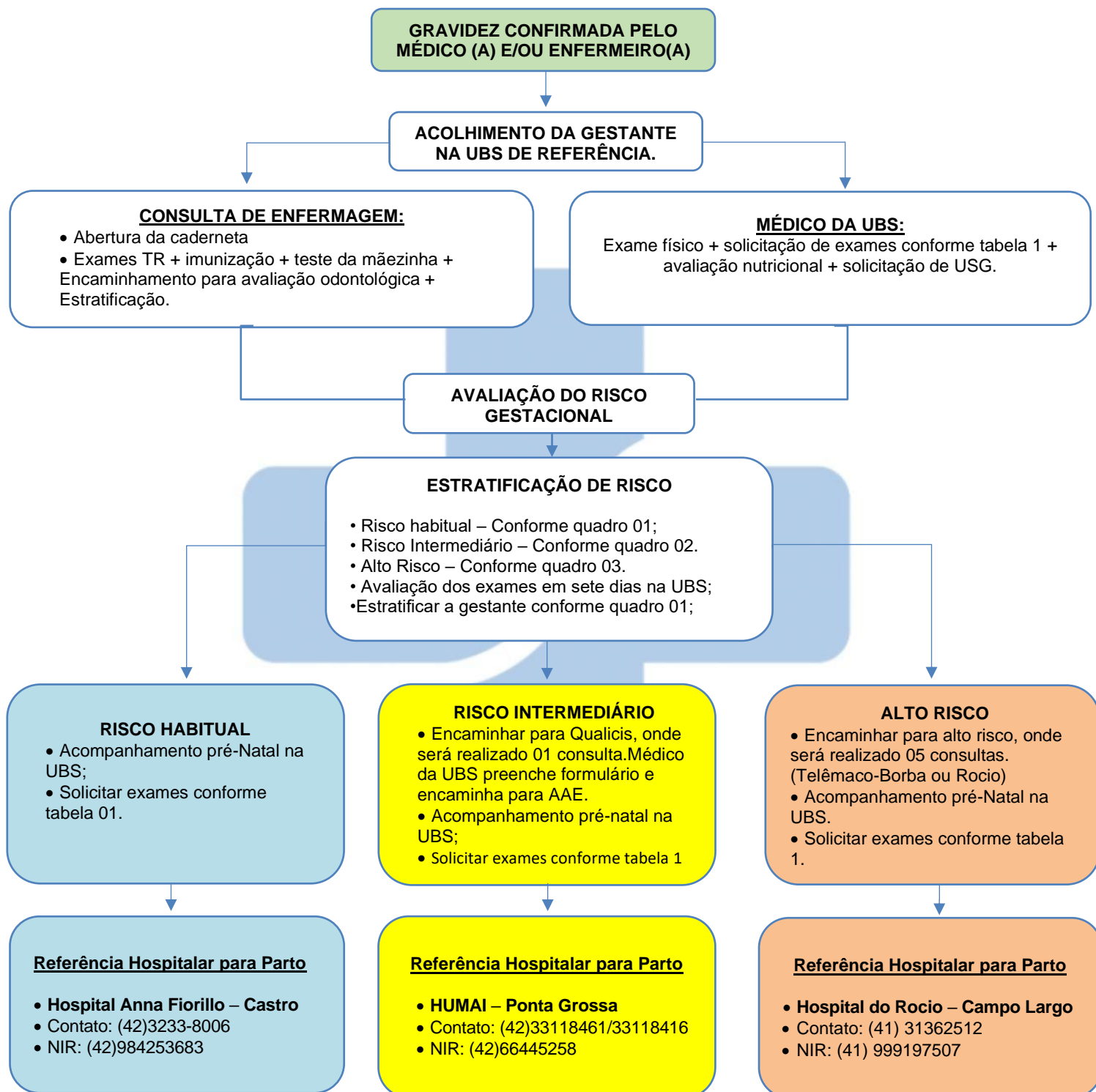
Indicadores mínimos (SESA/PR):

- % gestantes com 1ª consulta <12 semanas;
- % com ≥7 consultas;
- % com dTpa aplicada;
- % gestantes estratificadas e vinculadas à maternidade;
- % puérperas com 2 consultas pós-parto;
- Razão de mortalidade materna e infantil.

12. Materiais Operacionais (para padronização municipal)

- **Carteira da Gestante (modelo SESA/PR)** – uso obrigatório e padronizado;
- **Checklist municipal de acompanhamento** (pré-natal, parto e puerpério);
- **Ficha de estratificação de risco**;
- **Fluxograma municipal de referência e contrarreferência**

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE NAS UBS:



Elaborado em 2024 por:

VANICE DO ROCIO OLIVEIRA DOS SANTOS
Coordenadora da APS

Revisado em setembro de 2025 por:

JOYCE AP^a SLUZALA HOTZ BUENO
Coordenadora Materno Infantil

FRANCIANE OLIVEIRA DE FARIA FERNANDES
ART Materno Infantil

JÉSSICA CAMPOS XAVIER
Coordenação do Pronto Atendimento Municipal

Aprovado por:

THAIS MENDES MARTINS DIDEK
Secretaria Municipal de Saúde