

## NOTA TÉCNICA CONJUNTA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG  
ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS DE MINAS GERAIS – SOGIMIG

# ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE

Novos Critérios para Estratificação  
de Risco e Acompanhamento da Gestante

PROGRAMA VIVA VIDA  
Projeto Mães de Minas

Maio 2013

**GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Antonio Augusto Junho Anastasia

**VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Alberto Pinto Coelho

**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Antônio Jorge de Souza Marques

**SECRETÁRIO ADJUNTO EM SAÚDE**

Francisco Antônio Tavares Junior

**CHEFIA DE GABINETE**

Marta de Sousa Lima

**SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE**

Carlos Alberto Pereira Gomes

**SUBSECRETÁRIO DE POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE**

Maurício Rodrigues Botelho

**SUBSECRETÁRIO DE INOVAÇÃO E LOGÍSTICA EM SAÚDE**

João Luiz Soares

**SUBSECRETÁRIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE**

Maria Letícia Duarte Campos

**SUBSECRETÁRIO DE GESTÃO REGIONAL**

Gilberto José Rezende dos Santos

**ASSESSORA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Gisele Maria Bicalho Resende

**SUPERINTENDENTE DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Marcílio Dias Magalhães

**COORDENAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE**

Monica Vallone Esposito Marchi

**RESPONSÁVEIS TÉCNICOS-SES/MG**

Maria Albertina Santiago Rego

Marco Antonio Bragança de Matos

DIRETORIA DA SOCIEDADE MINEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOGIMIG -  
2013-2014

Presidente: Maria Inês de Miranda Lima

Vice-presidente: Rosângela F. Nascimento e Silva

Secretária Geral: Cláudia Teixeira da Costa Lodi

Primeiro Secretário: Sandro Magnavita Sabino

Diretor Financeiro: Clóvis Antônio Bacha

Diretora Sociocultural: Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

Diretor Científico: Frederico José Amedéé Peret

Diretor de Defesa Profissional: Clécio Ênio Murta de Lucena

Diretor de Assuntos Comunitários: Delzio Salgado Bicalho

Diretora de Ensino e Residência Médica: Cláudia Lourdes Soares Laranjeira

Diretor de Comunicação: Carlos Henrique Mascarenhas Silva

Diretor de Informática: Luís Fernando Neves Ribeiro

Coordenador das Vice-Presidências e das Diretorias Regionais: Agnaldo Lopes da Silva Filho

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

Regina Amélia Lopes Pessoa Aguiar

Frederico José Amedéé Peret

Victor Hugo de Melo

Produção, distribuição e informações: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
Cidade Administrativa: Rodovia Américo Gianetti, s/nº – Bairro Serra Verde –  
Belo Horizonte-MG

CEP: 31.630-900 – Telefone: (31) 3916-0604 / 3916-0605 / 3916-0609

E-mail: [vivavida@saude.mg.gov.br](mailto:vivavida@saude.mg.gov.br)

Site: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

Projeto gráfico e produção gráfica  
AUTÊNTICA EDITORA

## Apresentação

O enfrentamento das mortalidades infantil e materna coloca-se como uma das prioridades da política pública de saúde em todas as instâncias de gestão e assistência. Com esse escopo, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais vem desenvolvendo o Programa Viva Vida de Redução da Mortalidade Infantil e Materna desde 2003 objetivando a resposta adequada e em tempo oportuno para todas as gestantes, parturientes, puérperas, neonatos e crianças do Estado. Em 2011, implementou o Projeto Mães de Minas, com o objetivo de monitorar, por meio de um *Call Center*, a atenção às gestantes e às crianças no primeiro ano de vida. E, em 2013, reforçou essa grande empreitada integrando no projeto de redução da mortalidade infantil e materna, políticas e ações de saúde, vigilância e regulação com intuito de reconhecer prontamente os óbitos materno e infantil potencialmente evitáveis e definir ações de melhoria da assistência ambulatorial e hospitalar, prevenindo outros óbitos.

Um dos fundamentos para implantação de uma rede de atenção à saúde são as diretrizes clínicas baseadas em evidências que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes pontos de atenção e serviços da rede. As recomendações visam ao manejo clínico, diagnóstico e o tratamento, e à organização da assistência baseando-se na estratificação de risco, parametrização da assistência, competências e atribuições de serviços e profissionais dentro da linha de cuidados.

Objetivando a atualização da Linha Guia de Atenção da Gestação, ao Parto e ao Puérperio, foi estabelecido um termo de colaboração técnica com a Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG), que indicou um grupo de especialistas para a revisão de critérios para a estratificação de risco da gestante, fluxos assistenciais na rede, acompanhamento do pré-natal e competências das maternidades, de acordo com a tipologia estabelecida. Esta Nota Técnica apresenta os resultados dessa revisão, oferecendo aos profissionais e aos serviços as informações necessárias para uma prática clínica de qualidade e segura para todas as gestantes do Estado.

## 1. Estratificação de risco da gestante

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil, porém, evidenciou a necessidade de uma revisão dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato.

Assim, foram propostos dois outros estratos de risco: o Médio Risco, para caracterizar a presença de alguns fatores de risco que implicam maior vigilância e cuidado da gestante, mesmo que o fluxo para o pré-natal e o parto seja o mesmo do risco habitual; e o Muito Alto Risco, para caracterizar um risco maior para a gestante (doenças não controladas) e/ou para o neonato (pela presença de malformações ou intercorrências que levam à prematuridade extrema), riscos estes que podem ser identificados durante o pré-natal, definindo, previamente ao parto, fluxos assistenciais diferenciados.

O QUADRO 1 apresenta os estratos de risco e os critérios utilizados.

É importante salientar que a estratificação de risco se refere a uma condição crônica, visando a uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciada, segundo o estrato de risco. É diferente da identificação e classificação de risco de situações de urgência, como a pré-eclâmpsia ou a própria urgência do trabalho de parto, situações não

abordadas nesta Nota Técnica.

## QUADRO 1

NÍVEL	CONDIÇÃO CLÍNICA
Risco habitual	<p><b>Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Idade entre 16 e 34 anos;</li><li>▪ Gravidez planejada ou desejada.</li></ul> <p><b>História reprodutiva anterior:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Intervalo interpartal maior que um ano.</li></ul> <p><b>Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.</b></p>
Risco médio	<p><b>Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Idade menor que 16 e maior que 34 anos;</li><li>▪ Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;</li><li>▪ Situação conjugal insegura;</li><li>▪ Baixa escolaridade (&lt; 4 anos);</li><li>▪ Tabagista;</li><li>▪ Altura menor que 1,45 m;</li><li>▪ IMC &lt; 19 ou &gt; 30;</li><li>▪ Uso de drogas.</li></ul> <p><b>História reprodutiva anterior:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Desnutrição fetal ou malformação;</li><li>▪ Nuliparidade e multiparidade;</li><li>▪ Cirurgia uterina anterior;</li><li>▪ Intervalo interpartal menor que um ano.</li></ul> <p><b>Intercorrências clínicas/obstétricas na gravidez atual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Infecção urinária;</li><li>▪ Outras patologias não classificadas como de alto ou de muito alto risco.</li></ul>
Alto risco	<p><b>Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dependência química de drogas.</li></ul> <p><b>História reprodutiva anterior:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Morte perinatal explicada e inexplicada;</li><li>▪ Abortamento habitual;</li><li>▪ Esterilidade/infertilidade;</li><li>▪ Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;</li><li>▪ Prematuridade</li></ul>

NÍVEL	CONDIÇÃO CLÍNICA
Alto risco	<p><b>Doença obstétrica na gravidez atual <u>controlada</u>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;</li> <li>▪ Gestação múltipla;</li> <li>▪ Ganho ponderal inadequado;</li> <li>▪ Diabetes gestacional;</li> <li>▪ Hemorragias da gestação.</li> </ul> <p><b>Intercorrências clínicas (<u>patologias controladas</u>):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infecção urinária de repetição;</li> <li>▪ Hipertensão arterial;</li> <li>▪ Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);</li> <li>▪ Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC);</li> <li>▪ Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);</li> <li>▪ Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);</li> <li>▪ Hemopatias;</li> <li>▪ Epilepsia;</li> <li>▪ Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV);</li> <li>▪ Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide, etc.);</li> <li>▪ Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro &gt; 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicornes);</li> <li>▪ Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;</li> <li>▪ Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.</li> </ul>
Muito alto risco	<p><b>Fatores de risco gestacional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doença obstétrica na gravidez atual – <u>não controlada</u>;</li> <li>▪ Intercorrências clínicas – <u>patologias não controladas</u>;</li> <li>▪ Malformações fetais;</li> <li>▪ Isoimunização.</li> </ul>

Quanto à prevalência, estima-se que 85% das gestantes sejam de risco habitual e de médio risco; 11,2%, de alto risco; e 3,8%, de muito alto risco (incluindo 0,7% de malformação).

## 2. Fluxo de atendimento na rede de atenção

Um dos componentes das redes de atenção à saúde são os pontos de atenção à saúde, serviços que se distribuem nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, organizados nos territórios do município, região de saúde (microrregião) e região ampliada de saúde (macrorregião).

Os pontos de atenção são definidos considerando os princípios de escala, qualidade e acesso, mas obedecendo, antes de tudo, à necessidade de saúde. Assim, a estratificação de risco, identificando diferentes situações de gravidade, indica níveis também diferentes de necessidade de saúde, o que, por sua vez, define o tipo de cuidado que deve ser ofertado nos vários serviços.

O QUADRO 2 simplesmente apresenta os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação.

QUADRO 2

ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO
Risco habitual	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Risco médio	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Alto risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência em Atenção Secundária/ Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Maternidade de Alto Risco
Muito alto risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência em Atenção Secundária / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco + Serviço de Medicina Fetal	Maternidade de Muito Alto Risco

## 3. Mapeamento do cuidado no pré-natal

O QUADRO 3 sugere a organização do cuidado que deve ser oferecido à gestante durante o pré-natal, de acordo com a estratificação de risco.



### QUADRO 3

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Identificação e cadastro	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Call Center</i> Mães de Minas</li> <li>▪ UBS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Situação ideal: imediatamente após a confirmação da gestação.</li> <li>▪ Situação mínima: no primeiro trimestre de gestação.</li> </ul>			
Primeira consulta (enfermeiro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação clínico-obstétrica</li> <li>▪ Cálculo inicial da DPP pela DUM</li> <li>▪ Estratificação do risco gestacional</li> <li>▪ Avaliação do calendário vacinal</li> <li>▪ Solicitação de exames complementares</li> <li>▪ Cadastramento no SIS Pré-Natal</li> <li>▪ Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante</li> <li>▪ Vinculação à maternidade</li> <li>▪ Agendamento do retorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prazo máximo: 24 horas após o cadastro.</li> </ul>			
Segunda consulta (médico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação clínico-obstétrica</li> <li>▪ Confirmação da idade gestacional</li> <li>▪ Análise dos resultados de exames complementares</li> <li>▪ Estratificação do risco gestacional</li> <li>▪ Avaliação do calendário vacinal</li> <li>▪ Definição do Plano de Cuidado</li> <li>▪ Preenchimento do Cartão da Gestante</li> <li>▪ Agendamento do retorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prazo máximo: um mês após a primeira consulta</li> </ul>			
Consulta odontológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação clínica odontológica e plano terapêutico (S/N)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prazo máximo: um mês após a primeira consulta.</li> </ul>			

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
<p>Consultas subseqüentes do pré-natal para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação clínico-obstétrica</li> <li>▪ Confirmação da idade gestacional</li> <li>▪ Estratificação do risco gestacional</li> <li>▪ Preenchimento do Cartão da Gestante</li> <li>▪ Reavaliação do Plano de Cuidado</li> <li>▪ Revisão da vinculação à maternidade, de acordo com a estratificação de risco</li> <li>▪ Agendamento do retorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Na Unidade Básica de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mínimo de uma consulta mensal até 34 semanas, quinzenal até 38 semanas e semanal até o nascimento (médicas e de enfermagem alternadas).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mínimo de uma consulta a cada 6 semanas até 34 semanas para monitoramento do Plano de Cuidado e uma consulta quinzenal até 38 semanas e semanal até o nascimento para monitoramento e avaliação de trabalho de parto (médicas e de enfermagem alternadas)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No Centro de Referência em Atenção Secundária (Centro Viva Vida)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não é necessário</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mínimo de uma consulta médica a cada um mês</li> <li>▪ Mínimo de uma consulta de enfermagem a cada um mês</li> <li>▪ Mínimo de uma avaliação multiprofissional com nutricionista, psicólogo e assistente social</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No Ambulatório de Medicina Fetal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não é necessário</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não é necessário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De acordo com a avaliação clínica</li> </ul>
Exames laboratoriais	<p>1º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemograma (1/2);</li> <li>▪ Grupo sanguíneo;</li> <li>▪ Fator Rh;</li> <li>▪ Coombs indireto;</li> <li>▪ Teste rápido para sífilis (1ª escolha) ou VDRL (2ª escolha) (1/3);</li> <li>▪ Glicemia jejum (1/2);</li> <li>▪ Urina-rotina (1/2);</li> <li>▪ Urocultura c/ antibiograma;</li> <li>▪ Teste rápido para HIV (1ª escolha) ou Anti-HIV (2ª escolha) (1/2);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitados pela equipe da UBS na primeira consulta do pré-natal, de acordo com o protocolo.</li> <li>▪ Coombs indireto: realizar para todas as gestantes Rh (-); repetir exames mensalmente;</li> <li>▪ Proteinúria (de fita): para as gestantes com alteração de níveis pressóricos; caso positivo, realizar proteinúria 24h</li> </ul>			

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toxoplasmose IgM e IgG (1/3);</li> <li>▪ Colpocitologia oncótica;</li> <li>▪ Hepatite B (HBs Ag);</li> <li>▪ Eletroforese de Hb, segundo protocolo;</li> <li>▪ Proteinúria (de fita), segundo protocolo.</li> </ul>				
Exames laboratoriais	<p>2º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toxoplasmose IgM e IgG (2/3), se susceptível;</li> <li>▪ Glicemia jejum (2/2);</li> <li>▪ Teste de tolerância à glicose (1h e 2h após 75g de dextrosol);</li> <li>▪ Teste rápido para sífilis ou VDRL (2/3).</li> </ul>		▪ Solicitados pela equipe da UBS.		
Exames laboratoriais	<p>3º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemograma (2/2);</li> <li>▪ Teste rápido para sífilis ou VDRL (3/3);</li> <li>▪ Teste rápido para HIV ou Anti-HIV (2/2);</li> <li>▪ Urina-rotina (2/2);</li> <li>▪ Toxoplasmose IgM e IgG (3/3), se susceptível.</li> <li>▪ Pesquisa <i>Streptococcus</i> B, segundo o protocolo.</li> </ul>		▪ Solicitados pela equipe da UBS.		

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Outros exames	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ultrassom obstétrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitados pela equipe da UBS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Situação ideal: US entre 11 e 13 semanas para datação e entre 18 e 22 semanas de gestação para avaliação de morfologia fetal</li> <li>○ Situação mínima: US entre 18 e 22 semanas para datação e avaliação de morfologia fetal</li> </ul> </li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ultrassom obstétrico com doppler</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De acordo com a avaliação clínica</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cardiotocografiante-parto</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De acordo com a avaliação clínica</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ECG</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De acordo com a avaliação clínica</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ecocardiogramas materno e fetal</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De acordo com a avaliação clínica</li> </ul>	
Medicamentos profiláticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ácido fólico</li> <li>▪ Sulfato ferroso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ácido fólico de início pré-concepcional até a 14ª semana de gravidez para redução de risco de defeito de tubo neural fetal</li> <li>▪ Ácido fólico para prevenção de anemia materna até o final da gestação</li> <li>▪ Sulfato ferroso profilático: a partir do 5º mês até o final da gestação</li> <li>▪ Sulfato ferroso terapêutico nos casos de anemia materna em qualquer época da gestação</li> </ul>			
Imunização	Dupla tipo adulto (antitetânica + antidifteria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestante não vacinada deve receber três doses, sendo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1ª dose: até o 4º mês de gestação;</li> <li>▪ 2ª dose: até o 6º mês de gestação;</li> <li>▪ 3ª dose: até o 8º mês de gestação ou na consulta puerperal.</li> </ul> </li> <li>▪ Gestante vacinada há mais de 5 anos deve receber dose de reforço, preferencialmente até o 4º mês de gestação.</li> <li>▪ Gestante vacinada há menos de 5 anos não precisa ser vacinada durante a gestação.</li> </ul>			

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Imunização	Anti-hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestante não vacinada ou com status vacinal desconhecido e HBs Ag negativo deve receber três doses, sendo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>1ª dose: até o 4º mês de gestação;</li> <li>2ª dose: 30 dias após a primeira dose;</li> <li>3ª dose: 6 meses após a primeira dose.</li> </ul> </li> <li>Gestante vacinada (confirmado com cartão) ou Anti-HBs positivo não precisa ser vacinada durante a gestação.</li> </ul>			
	Anti-influenza	Na campanha de vacinação anti-gripe			
Visita à maternidade de referência		<ul style="list-style-type: none"> <li>No início do terceiro trimestre.</li> </ul>			
Atividade educativa	Realizar grupos operativos de gestantes: tabagismo, alcoolismo e outras drogas, gravidez na adolescência; cuidados da gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com recém-nascido; aleitamento materno.	No mínimo três grupos operativos por gestante	No mínimo três grupos operativos por gestante	No mínimo três grupos operativos por gestante	No mínimo três grupos operativos por gestante
Visita domiciliar	ACS	Mensal (monitorar Plano de Cuidados)	Mensal (monitorar Plano de Cuidados)	Mensal (monitorar Plano de Cuidados)	Mensal (monitorar Plano de Cuidados)

## 4. Assistência em medicina fetal

A medicina fetal é um conjunto de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas que visa proteger, avaliar e assistir a saúde do feto e a da mãe, utilizando-se como pilares a genética, a ultrassonografia e a anatomia patológica. A assistência pré-natal deve ser multiprofissional, envolvendo médicos especialistas em medicina fetal, neonatologistas, geneticistas, cirurgiões pediátricos, cardiologistas e ecocardiografistas, psicólogos, etc.

O serviço de medicina fetal deve realizar interconsultas para as mulheres ou as gestantes com os seguintes critérios (QUADRO 4):

QUADRO 4

ESPECIFICAÇÃO	INTERCONSULTA
<p>Fatores de risco identificáveis antes da concepção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• idade materna avançada (acima de 38 anos);</li> <li>• consanguinidade;</li> <li>• histórico familiar de doença hereditária;</li> <li>• histórico obstétrico desfavorável;</li> <li>• doença materna específica.</li> </ul>	<p>Aconselhamento reprodutivo e/ou genético.</p> <p>É a primeira etapa no trabalho de medicina fetal. Uma interconsulta que orienta os casais desde a escolha de exames para diagnóstico pré-natal à comunicação de resultados e possibilidades de tratamento, contribuindo com casais que querem ter filhos e têm algumas limitações</p>
<p>Fatores de risco identificáveis durante a gravidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exposição materna a agentes teratogênicos;</li> <li>- farmacodependências;</li> <li>- distúrbios do crescimento e desenvolvimento fetal;</li> <li>- rastreamento bioquímico ou ultrassonográfico anormal.</li> </ul>	<p>Interconsulta para propedêutica e definição de Plano de Cuidados</p>

## 5. Tipologia das unidades perinatais

Os mesmos critérios de estratificação de risco que definem os pontos de atenção à saúde e os fluxos assistenciais para o parto também indicam a tipologia das maternidades ou das unidades perinatais e suas respectivas competências (QUADRO 5).

QUADRO 5

TIPOLOGIA	DESCRIÇÃO
Maternidade de Risco Habitual (MRH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância e cuidado a todas as gestantes admitidas, segundo os protocolos clínicos implantados na instituição</li> <li>• Realização de acolhimento e classificação de risco da gestante</li> <li>• Identificação das gestantes com maior nível de gravidade, estabilização e transferência para maternidade de maior complexidade</li> <li>• Utilização do partograma para monitoramento do trabalho de parto</li> <li>• Prestação de assistência à parturiente com problemas não previsíveis que ocorrem durante o parto e o nascimento</li> <li>• Capacidade para realização de cesárea após 30 minutos da indicação médica</li> </ul>

TIPOLOGIA	DESCRIÇÃO
Maternidade de Risco Habitual (MRH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de anestesia, radiologia, ultrassonografia, laboratório e serviço de banco de sangue 24 horas</li> <li>• Assistência às condições pós-parto</li> <li>• Assistência neonatal ao nascimento com um profissional capaz dos procedimentos de reanimação e um profissional facilmente alcançável, competente para todos os procedimentos de reanimação</li> <li>• Ressuscitação e estabilização de todos os recém-nascidos</li> <li>• Alojamento conjunto para todas as mães e os recém-nascidos clinicamente estáveis</li> <li>• Disponibilização de leitos neonatais de apoio para assistir e estabilizar recém-nascidos prematuros ou doentes antes da transferência para uma Unidade Neonatal</li> <li>• Regulação e transferência do neonato prematuro ou doente para a UNN</li> <li>• Registro de dados e monitoramento da assistência</li> <li>• Programas de melhoria da qualidade incluindo medidas de segurança do paciente</li> <li>• Observação: poderão ser selecionadas, após avaliação, algumas maternidades de risco habitual que tenham capacidade para atendimento de neonatos prematuros tardios, entre 34 e 36 semanas</li> </ul>
Maternidade de Alto Risco	<p>Todas as competências da Maternidade de Risco Habitual, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência às gestantes de alto risco admitidas e transferidas de outras maternidades</li> <li>• Estabilização de parturientes/puérperas e recém-nascidos malformados severamente doentes e assistência até transferência para unidades de maior complexidade</li> <li>• Assistência às gestantes e aos recém-nascidos de risco resultado de complicações clínicas anteriores à gestação atual e complicações obstétricas da gestação atual</li> <li>• Obs.: Essas maternidades deverão ser as habilitadas para assistência às gestantes e ao RN de risco, segundo portarias ministeriais com garantia de estrutura física, recursos humanos e equipamentos, incluindo unidade neonatal de cuidados progressivos.</li> </ul>

TIPOLOGIA	DESCRIÇÃO
Maternidade de Muito Alto Risco	<p>Todas as competências da Maternidade de Alto Risco, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência perinatal abrangente para todas as parturientes e os recém-nascidos, de todos os níveis de risco: gestantes com doenças clínicas e obstétricas não controladas e severamente doentes que demandam cuidado subespecializado: cardiopatias graves, nefropatias graves, doenças sistêmicas – lúpus eritematoso, câncer e outras especificadas em protocolo; RN prematuros extremos e alguns tipos de malformação congênita</li> <li>Obs.: Maternidades habilitadas para assistência de risco (portarias ministeriais) com características gerenciais e assistenciais que possam garantir a demanda clínica acima especificada</li> </ul>
Maternidade de Muito Alto Risco para fluxos especiais	<p>Todas as competências da Maternidade de Muito Alto Risco, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RN polimalformado e RN com malformações específicas: gastrosquise, onfalocele, cardiopatias que exigem abordagem complexa</li> <li>Obs.: Maternidades habilitadas para assistência à população de risco e identificadas para responderem aos fluxos especiais</li> </ul>

## Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for Perinatal Care*. AAP/ACOG. 6<sup>th</sup> ed. 2008. 450 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
3. GREGORY, A. L.; DAVIES, M. D.; FRCSC, Kingston ON. Antenatal fetal assessment. *SOGC Clinical Guidelines*, 2000, 90:1-7.
4. MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
5. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: Protocolo Viva Vida*. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003. 95 p.
6. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção Hospitalar ao Neonato: Protocolo Viva Vida*. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National Collaboration Centre for Womens and Childrens Health. *Antenatal Care: Routine care for the healthy pregnant women*. London, RCOG 2008. 454 p. (Clinical Guideline)