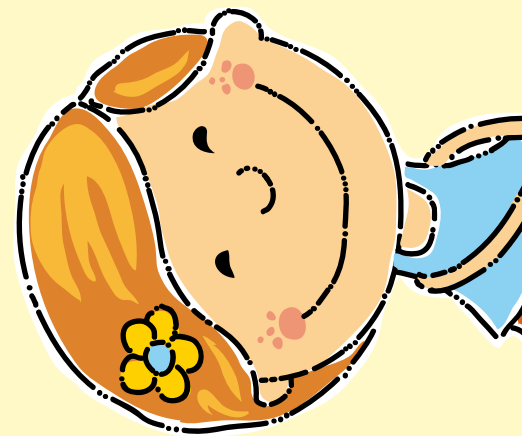




LINHA-GUIA NASCER NO CEARÁ

GESTANTE E CRIANÇA
MENOR DE 2 ANOS

2017



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
*Gabinete do Governador
Secretaria da Saúde*

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Camilo Sobreira de Santana
Governador do Estado

GABINETE DA PRIMEIRA-DAMA

Onélia Leite Santana
Primeira-dama do Estado

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO - SESA

Henrique Jorge Javi de Sousa
Secretário da Saúde do Estado

Marcos Gadelha
Secretário Adjunto da Saúde do Estado

Lilian Beltrão
Secretário Executivo da Saúde do Estado

Francisco Ivan Mendes Junior
Coordenador da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde

Silvana Leite Napoleão de Araújo
Supervisora do Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

ORGANIZAÇÃO

Francisco Ivan Mendes Junior
- COPAS - SESA/CE

Maria Corina Amaral Viana
- COPAS - SESA/CE

Silvana Leite Napoleão Araújo
- COPAS/SESA/CE

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Silvana Leite Napoleão Araújo
- COPAS/SESA/CE

Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa
- COPAS/SESA/CE

Rui de Gouveia Soares Neto
- HOSPITAL ALBERT SABIN

COLABORADORES

Onélia Leite Santana
- Primeira-dama/Gabinete da Primeira-dama
Maria Dagmar de Andrade Soares
- Gabinete da Primeira-dama

Adriana Lopes Lima Melo
- SMS/Fortaleza

Francisco Edson Lucena
- MEAC/UFC

Lea Dias Pimentel G. Vasconcelos
- SMS/Fortaleza

Ritemeia Mesquita Florêncio
- SMS/Fortaleza

Maria das Graças dos S. G. Alencar
- COPAS/SESA

Juliana Pinheiro Sá
- COPAS/SESA

Marley Carvalho F. Martins
- COPAS/SESA

Magna Renyldes N. Oliveira
- COPAS/SESA

Márcia Lessa Fernandes Ribeiro
- COPAS/SESA

Maria Crhistiane Lopes Matias
- COPAS/SESA

Ivana Maria de Souza Bessa
- COPAS/SESA

Sandra Maria B. Luna
- COPAS/SESA

Vanda Deucila Moura
- COPAS/SESA

Maria Antonildes D. Caxilé
- COPAS/SESA

Reyjane Selma Ferreira
- COPAS/SESA

Luciene Alice da Silva
- NUESP/ COPAS

VALIDADORES INTERNOS E EXTERNOS

Participação de profissionais representantes das Equipes de Saúde da Família das Unidades da Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza, do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Estado, da Atenção à Saúde da Mulher e Criança da Secretaria de Saúde do Estado e do Município de Fortaleza, da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC e Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO).

FICHA CATALOGRÁFICA

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016.

xx p. (Série Linhas-guias de Cuidados. Normas e Manuais Técnicos, 1. - Linha-guia de Cuidado: Gestante e Criança menor de 2 anos.

1. Gestante. 2. Criança menor de 2 anos. Linhas-guias de Cuidados I. Título. CDD:

LISTAS DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

GRÁFICO 1

Percentual de partos no Estado do Ceará

QUADRO 1

Sumário da estratificação de risco da gestante para o Estado do Ceará

QUADRO 2

Parâmetros populacionais da linha de cuidado de atenção materno-infantil – proposições relacionadas aos parâmetros primários que definem a população-alvo das ações propostas

QUADRO 3

Pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares para o pré-natal

QUADRO 4

Equipes para acompanhamento de crianças e gestantes de alto risco

QUADRO 5

Equipes para gestantes com fatores de risco e crianças de risco intermediário

QUADRO 6

Exames laboratoriais para gestante de alto risco e com fatores de risco acompanhadas no risco habitual

QUADRO 6.1

Exames laboratoriais para gestante de alto risco e com fatores de risco acompanhadas no risco habitual

QUADRO 7

Pontos de atenção da linha de cuidado materno-infantil

QUADRO 8

Exames laboratoriais durante o pré-natal

QUADRO 9

LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL – PAINEL DE BORDO

TABELA 1

Óbitos maternos, óbitos materno-obstétricos, nascidos vivos e razão de mortalidade materna – Ceará, de 1998 a 2015

TABELA 2

Número e proporção de mortes maternas, segundo causa – Ceará, de 1998 a 2015

TABELA 3

Proporção de óbitos infantis evitáveis segundo o tipo de evitabilidade – Ceará, de 2015 a 2016

LISTA DE SIGLAS

- APS - Atenção Primária à Saúde
- CGBP - Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas
- ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RMM - Razão de Mortalidade Materna



SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	06
2.	INTRODUÇÃO	07
3.	OBJETIVO	08
4.	METODOLOGIA	09
4.1.	PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA DIRETRIZ	09
4.2.	BUSCA NAS BASES DE DADOS	09
5.	EPIDEMIOLOGIA	10
6.	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E PARAMETRIZAÇÃO	15
6.1.	ESTRATIFICAÇÃO DA GESTANTE	15
6.2.	ESTRATÉGIA PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL	16
6.3.	LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL	17
6.4.	FLUXO DE ATENDIMENTO NAS REDES DE ATENÇÃO	19
6.5.	OS PONTOS DE ATENÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL	20
	CONFLITO DE INTERESSES	41
	REFERÊNCIAS	42

1 APRESENTAÇÃO

Esta iniciativa reforça a importância do tema na agenda prioritária do governo do Estado. A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde/Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, em parceria com os Projetos da Primeira-dama do Estado, Onélia Leite Santana, em especial, na atenção à saúde da criança, estabeleceu um conjunto de ações para o fortalecimento da linha de cuidado materno-infantil para garantir o acesso e qualificar a atenção a gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos.

Este documento tem por finalidade apoiar a organização dos serviços de saúde e melhoria da assistência à mulher e à criança e as diretrizes para o cuidado integral e o funcionamento adequado dos serviços em todos os níveis de atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária). As diretrizes clínicas são baseadas em evidências científicas que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes pontos de atenção e serviços de rede. As orientações visam ao manejo clínico,

diagnóstico ou tratamento, e à organização da assistência, baseando-se na estratificação de risco, parametrização da assistência, competências e atribuições de serviços e profissionais.

As linhas de cuidado prioritárias vêm ao encontro de compromissos com a organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido, premissa básica para a promoção da saúde e para a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças.

O desenvolvimento das ações de prevenção de agravos, a promoção da saúde integral da criança, o nascimento saudável, o aleitamento materno e a vacinação são ações permanentes que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude. Pois, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, para que possa crescer e desenvolver-se plenamente.

2 INTRODUÇÃO

No mundo, as principais causas de mortes maternas, por ordem decrescente, são a hemorragia, a hipertensão, a infecção e as complicações relacionadas ao aborto, mas com importantes variações geográficas (KHAN, et al., 2006). No Brasil e especificamente no Ceará, as duas principais causas de morte materna são a hipertensão e a hemorragia, seguidas pela infecção puerperal e as complicações relacionadas ao aborto (BRASIL, 2012a).

Para a Organização Pan-Americana/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), uma baixa Razão de Mortalidade Materna (RMM) se estabelece quando o índice é menor que 20 mortes por 100.000 NV (Nascidos Vivos). A RMM reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher, e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal até a assistência ao parto e puerpério. Aproximadamente três milhões de nascimentos

acontecem no Brasil a cada ano, significando quase seis milhões de pacientes, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas (BRASIL, 2011).

A assistência materna e neonatal se inicia na comunidade, com ações educativas para gestantes, puérperas e suas famílias, apoio ao aleitamento materno, apoio nutricional, imunização, serviço de apoio social etc. Outros serviços assistenciais, tais como pré-natal, assistência à puérpera e ao recém-nascido, são realizados no nível primário de atenção à saúde, seja em unidades básicas ou em ambulatórios localizados em unidades mistas, hospitais ou maternidades. Com a criação da Rede Cegonha, outros espaços assistenciais passam a se somar aos já existentes, tais como as Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (CGBP) e os Centros de Parto Normal, peri e intra-hospitalares (BRASIL, 2013d, e).

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Fortalecer a linha de cuidado materno-infantil através da melhoria da qualidade assistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elaborar e padronizar a linha-guia de cuidado a gestante, puérpera e crianças no Estado do Ceará;

Normalizar os processos assistenciais de atenção a gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses de idade, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária;

Realizar estratificação de risco para as gestantes, puérperas e crianças;

Estabelecer um fluxograma para a gestante nos diversos pontos da rede de atenção.

4 METODOLOGIA

4.1 Processo de elaboração da diretriz

Os potenciais utilizadores dessa linha-guia de cuidados são profissionais de saúde, gestores de saúde, educadores em saúde e agentes comunitários de saúde da rede de atenção materno-infantil – especialmente em nível da Atenção Primária à Saúde (APS) – e comunidade.

Esta linha-guia foi elaborada por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde de várias áreas afins aos temas abordados, no âmbito das redes de atenção primária e secundária à saúde, por profissionais da atenção, gestão do sistema de saúde, controle social, representantes da academia, de sociedades de especialidades e consultores com experiência em metodologia de elaboração de diretrizes clínicas.

4.2 Busca nas bases de dados

Para a revisão bibliográfica foram consultadas bases de dados primários e secundários e recomendações provenientes de diretrizes clínicas similares em âmbito nacional e internacional. Os dados primários foram Portais da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da United States National Library

of Medicine (PUBMED).

As bases de dados secundários foram o SISPRENATAL e o SINASC. A data da última busca de dados foi agosto de 2016.

Foram realizadas três oficinas presenciais de validação de conteúdos coordenadas por consultores externos e internos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. A metodologia de busca de consenso para a elaboração das recomendações finais do documento está descrita nos guias dessas oficinas. Durante o período de dispersão, os conteúdos propositivos foram elaborados e previamente analisados pela equipe.

A atualização dessa linha-guia está prevista em até cinco anos, podendo ser antecipada até mesmo em via eletrônica em virtude de necessidades técnico-operacionais.

5 EPIDEMIOLOGIA

No Estado do Ceará, de 1998 a 2015, foram notificados 43.385 óbitos de MIF (Mulher em Idade Fértil) e, dentre estes, foram confirmados 4,9% (2.157/43.385) de óbitos maternos (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias), sendo 85,5% (1.845/2.157) por causas obstétricas diretas ou

indiretas. A média da Razão da Mortalidade Materna (RMM), no período supracitado, foi de 75,6 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto, segundo parâmetros da OMS. Como descrito na Tabela 1 (Boletim epidemiológico das mortes maternas, fetais e infantis no Estado do Ceará, SESA, em agosto de 2016, CEARÁ, 2016).

Tabela 1. Número de Óbitos Maternos, Materno Obstétrico, Nascidos Vivos e Razão de Mortalidade. Ceará - 1998 a 2015*

ANO	ÓBITO MATERNO	MATERNO OBSTÉTRICO	NASCIDOS VIVOS	R.M.M (P/100.000 N.V)
1998	136	131	130.743	93,7
1999	129	118	143.101	82,5
2000	112	107	143.303	74,6
2001	115	110	149.067	73,8
2002	129	125	149.242	87,3
2003	109	105	140.083	75,0
2004	125	110	187.335	86,6
2005	134	124	140.035	88,5
2006	102	90	135.020	66,7
2007	105	96	133.839	71,7
2008	111	95	133.917	70,9
2009	109	98	131.393	74,6
2010	114	88	128.831	68,8
2011	112	82	128.592	63,8
2012	135	99	126.868	78,0
2013	140	103	124.876	82,5
2014	135	84	128.863	65,2
2015*	105	70	130.399	53,7
Ceará	2.357	1.864	2.405.597	75,6

Entre as causas dos óbitos maternos no ciclo gravídico-puerperal, as causas diretas se destacam como principal causa de morte nos anos de 2011 a 2015, apresentando uma variação de 34,3 a 56,4%. Em 2015, a principal causa de morte foi a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), representando 51,4% (19/36) dos óbitos maternos por causas obstétricas

diretas, seguida das síndromes hemorrágicas com 13,5% (5/36) de óbitos, da inércia uterina com 10,8% (4/36) e aborto com 5,4% (2/36). Sendo que essas causas correspondem a 81,1% do total das causas obstétricas diretas. Como descrito na Tabela 2 (CEARÁ, 2016).

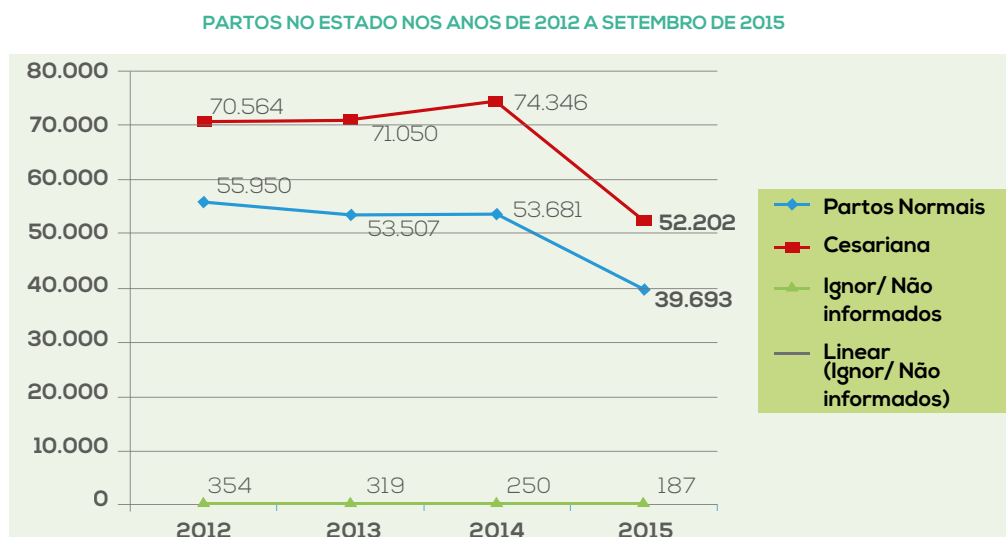
Tabela 2. Número e proporção de mortes maternas, segundo causa. Ceará, 2011 a 2015*

CAUSAS MATERNAS	2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aborto	3	5,6	4	6,2	6	7,6	4	7,8	2	5,4
Complicação no Parto	3	5,6	1	1,5	7	8,9	8	15,7	1	2,7
Embolia	4	7,4	8	12,8	8	10,1	4	7,8	1	2,7
Hemorragias	11	20,4	4	6,2	8	10,1	6	11,8	5	13,5
Hipertensão	11	20,4	28	43,1	26	32,9	10	31,4	19	51,4
Inércia uterina	6	11,1	4	6,2	7	8,9	4	7,8	4	10,8
Infecções puerperais	3	5,6	5	7,7	4	5,1	6	11,8	0	0,0
Outras diretas	13	24,1	11	16,9	13	16,5	3	5,0	4	13,5
Causas Obstétricas diretas	54	48,2	65	48,1	79	56,4	51	37,8	30	34,3
Doença do aparelho respiratório	-	-	4	12,1	3	15,0	-	-	6	20,0
Doença do aparelho circulatório	11	45,8	4	12,1	10	50,0	8	20,7	9	30,0
Doença do aparelho digestivo	1	4,2	4	12,1	1	5,0	5	10,7	1	3,3
Hipertensão arterial crônica	4	16,7	3	9,1	-	-	1	8,8	2	6,7
Doenças infecciosas	2	8,3	2	6,1	1	5,0	7	23,3	2	6,7
Diabetes	-	-	1	3,0	-	-	2	6,7	1	9,9
Outras indiretas	6	25	15	45,5	5	25,0	7	23,3	9	30,6
Causas Obstétricas indiretas	24	21,4	33	24,4	20	14,3	30	22,2	30	28,6
Óbitos maternos não especificados	4	3,6	1	0,7	4	2,9	3	2,2	4	3,8
Óbitos maternos tardios	21	18,8	25	18,5	29	20,7	39	28,9	31	29,5
Óbitos maternos não obstétricos	9	8	11	8,1	8	5,7	12	8,9	4	8,8
Ceará	112	-	135	-	140	-	135	-	105	-

O número de cesarianas, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), tem variado de 70.564 (2012) a 52.202 (2015), o que pode ser constatado no Gráfico 1. O momento da ocorrência do óbito é significativo para que sejam desencadeadas ações voltadas para a assistência. No Ceará, 42% (52/124) dos óbitos maternos ocorreram no

puerpério e 22% (27/124) ocorreram na gestação (Figura 3). Os focos das ações ainda devem acontecer na assistência primária para garantir uma gestação saudável e um acompanhamento do puerpério, considerando a visita domiciliar na primeira semana pós-parto (SINASC, 2015).

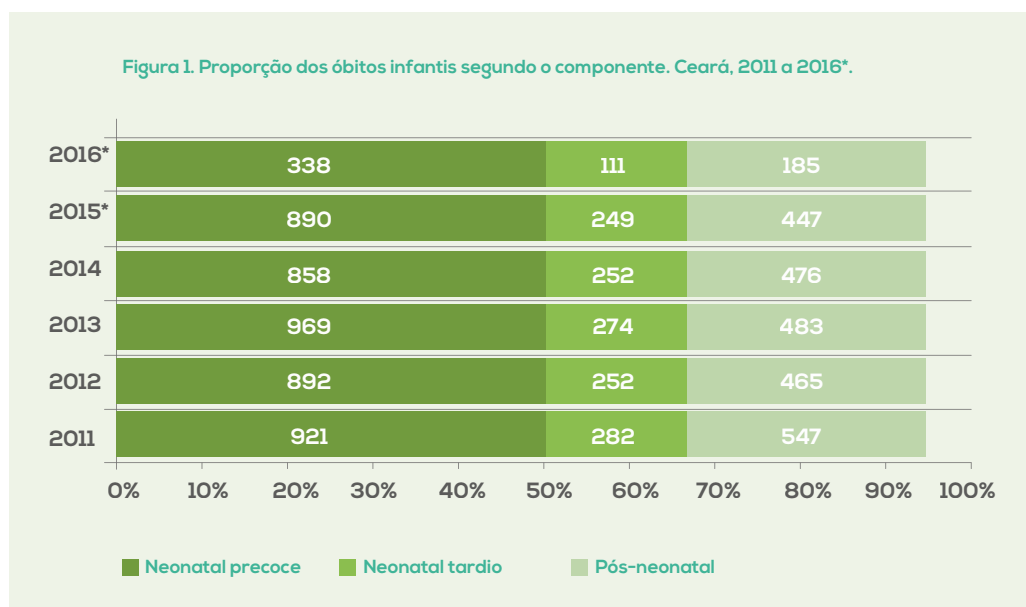
Gráfico 1. Percentual de partos no Estado do Ceará



Fonte: SINASC, 2015.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser atingidos por todos os países até 2015. Dentre esses, o quarto objetivo estabelece reduzir a mortalidade infantil. No Brasil, a mortalidade de crianças com menos de 01 ano foi de 47,1 óbitos por mil nascimentos em 1990 declinando para 13,4 em 2013. A meta até 2015 era reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos. O Nordeste é a região com as maiores médias de óbitos de crianças, com um

indicador de 15,4 em 2013. A situação no Ceará acompanha o contexto nacional, destacando a inversão proporcional dos seus componentes da mortalidade infantil, em que o risco de morte de crianças maiores de 27 dias (óbitos pós-neonatais) apresenta redução e o risco de morte de crianças menores de 28 dias (óbitos neonatais) passa a representar quase a totalidade dos óbitos em menores de um ano de idade, chegando a representar 70,1% dessas mortes, no ano de 2016*. Isto pode ser constatado na Figura 1.



Fontes: SESA-CE/COPROM/NUVEP/NUIAS Nota: Atualizados em 27/06/2016 (*Dados sujeitos a revisão).

No ano de 2015, foram notificados 1.586 óbitos infantis, dos quais 57,4% (911/1.586) foram óbitos evitáveis. Ao avaliar as causas segundo o tipo de evitabilidade, percebe-se que o grande problema no Estado encontra-se relacionado com a assistência adequada ao recém-nascido, com 60,4% (550/911) dos casos. Em 2016*, o Estado registrou 634 óbitos infantis, onde 59,1% foram classificados como óbitos evitáveis (218/369) (Figura 2). A taxa de mortalidade infantil no Ceará vem decaindo ao longo dos anos, passando de 18,1 por 1.000 nascidos vivos em 2006 para 12,0 em 2015 (Tabela 3).

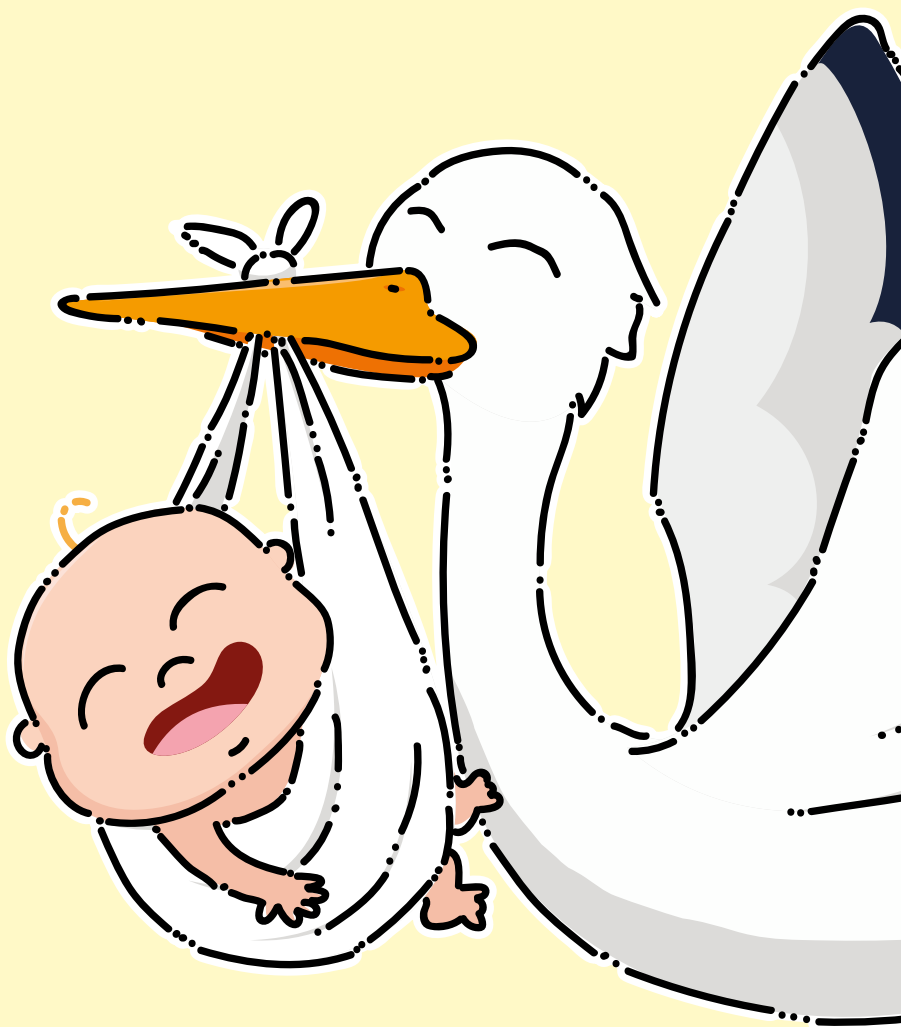
Houve vários avanços na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento no Brasil, resultado

de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. No entanto, a redução da morbimortalidade materna e infantil ainda permanece um desafio para o país, e o seu enfrentamento coloca-se como uma das prioridades das políticas públicas de saúde em todas as instâncias de gestão e assistência. Vários são os fatores que estão associados com a morte de uma mãe num momento tão sublime para ela e sua família. Os determinantes sociais, como início precoce da atividade sexual, a violência, a pobreza – que leva à desnutrição e à anemia –, a gravidez indesejada, a falta de acesso ao aborto seguro e legal e a serviços de assistência de qualidade desde o pré-natal, passando pelo local do parto e no puerpério, contribuem de maneira

significativa para os altos índices do fenômeno em nosso país e no mundo (BRASIL, 2012). Em relação à organização dos sistemas de saúde, três barreiras que dificultam o acesso das mulheres a uma assistência de qualidade são apontadas: demora em reconhecer que há um problema e tomar a decisão de buscar assistência; demora em alcançar o local de assistência, geralmente devido a problemas de transporte; demora em receber tratamento

adequado assim que chega ao estabelecimento de saúde. Mesmo quando a mulher consegue assistência, o nível da mesma nem sempre é o que ela necessita, principalmente devido a recursos inadequados, falta de capacitação dos profissionais responsáveis e falhas nos processos assistenciais (DRAYCOTT, 2011; ROBERTS, 2009; RONSMANS, 2006; THADDEUS, 1994).

Os esforços para a redução da mortalidade



materna e neonatal e da morbidade e agravos resultantes das complicações da gravidez e do parto, além daquelas oriundas do próprio processo assistencial, devem compreender ações em todos os níveis, com a participação ativa da sociedade, dos governos e dos prestadores de serviços. Tais ações devem abranger a organização da assistência em rede, com acesso universal, precoce e sem barreiras a um pré-natal de qualidade e garantia de atendimento em

maternidade de referência previamente definida e conhecida pela mulher. Mais importante ainda são a estruturação e organização adequadas dos serviços assistenciais, com o envolvimento e capacitação dos seus profissionais, com vistas ao reconhecimento precoce dos problemas e atuação em tempo hábil e com eficiência, diante de complicações que possam colocar em risco a vida da mãe e/ou da criança.



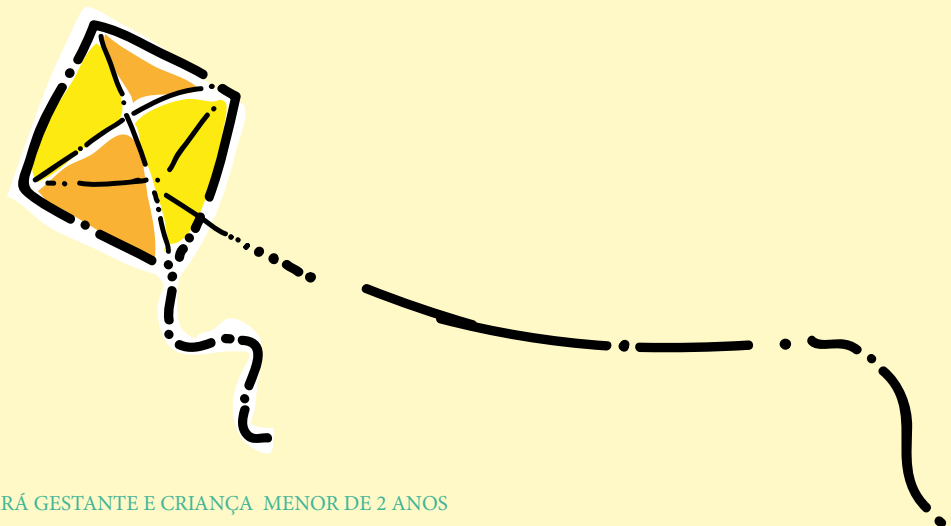
6

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E PARAMETRIZAÇÃO

6.1 Estratificação de risco da gestante

A estratificação da população perinatal por estratos de risco é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo seus diversos níveis (atenção primária, secundária e terciária). 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 linha de cuidado 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.

A estratificação de risco da gestante e da criança será realizada pelas equipes APS – Atenção Primária à Saúde. A estratificação de risco da gestante definirá a sua vinculação ao hospital de risco habitual/intermediário e alto risco. 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 uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciadas, 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.



Quadro 1. Sumário da estratificação de risco da gestante para o estado do Ceará.

NÍVEL	CONDIÇÃO CLÍNICA
Risco habitual	Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis: <ul style="list-style-type: none"> • Idade entre 15 e 34 anos; • Gravidez planejada ou desejada.
	História reprodutiva anterior: <ul style="list-style-type: none"> • Intervalo interpartal maior que um ano.
	Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.
Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal no risco habitual	Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: <ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 15 e maior que 34 anos; • Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em adolescentes; • Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; • Situação conjugal insegura; • Baixa escolaridade (< 5 anos); • Tabagista; • Altura menor que 1,45 m; • IMC < 19 ou > 30; • Uso de drogas. • Nuliparidade e multiparidade maior que 5 partos; • Cirurgia uterina anterior; • Intervalo interpartal menor que 2 anos.
	Intercorrências clínicas/obstétricas na gravidez atual: <ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária; • Anemia com hemoglobina maior que 8.
	Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: <ul style="list-style-type: none"> • Dependência química de drogas.
	História reprodutiva anterior: <ul style="list-style-type: none"> • Morte perinatal explicada e inexplicada; • Abortamento habitual; • Esterilidade/infertilidade; • Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; • Prematuridade.
	Doença obstétrica na gravidez atual controlada: <ul style="list-style-type: none"> • Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico; • Gestação múltipla; • Ganho ponderal inadequado; • Diabetes gestacional; • Hemorragias da gestação.
	Intercorrências clínicas (patologias controladas): <ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária de repetição; • Hipertensão arterial; • Cardiopatias (reumáticas, congênicas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação); • Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC); • Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição); • Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo); • Hemopatias; • Epilepsia; • Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide etc.); • Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorne); • Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez; • Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.
	Fatores de risco gestacional: <ul style="list-style-type: none"> • Doença obstétrica na gravidez atual – não controlada; • Intercorrências clínicas – patologias não controladas; • Malformações fetais; • Isoimunização.
Alto risco	

6.2. Estratégias para a organização da atenção materno-infantil

1. Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente;
2. Implantar a Segunda Opinião e o Telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de atenção primária;
3. Garantir a oferta de pré-natal de qualidade (consultas e exames) para as gestantes, na atenção primária e na atenção secundária;
4. Garantir referência hospitalar para o parto, de acordo com o grau de risco da gestante;
5. Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida;
6. Estabelecer ambulatório de referência para as gestantes e crianças de risco;
7. Padronizar a utilização da Carteira da Gestante e da Criança em todo o Estado do Ceará;
8. Ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno e garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria dos bancos (postos de coleta de leite humano).

6.3. Linha de cuidado materno-infantil

É necessário planejar a organização da rede regional e macrorregional de atenção materno-infantil para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico puerperal, desenvolvendo atividades de promoção à saúde e de prevenção,

cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse período, incluindo os cuidados com o recém-nascido. Para isso, é preciso haver integração entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo retaguarda ambulatorial especializada e hospitalar, se for o caso.

Esse atendimento deve ser fundamentado no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, o que pode ser obtido por meio da análise de dados demográficos e epidemiológicos, bem como da estrutura dos serviços de saúde existentes, incluindo as unidades básicas e os serviços de referência. São relevantes a normatização do fluxo da usuária na rede e o estabelecimento de todas as rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe.

A Linha de Cuidado Materno Infantil do Ceará está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde propostas por Mendes (2010). Essa linha de cuidado se consolidará a partir da implantação dos seus cinco componentes.

Atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida;
Na atenção secundária com o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios

especializados com equipe multiprofissional (policlínicas regionais);

Na atenção terciária com a disponibilidade de leitos de UTI adulto e neonatal, a garantia da vinculação das gestantes conforme seu risco nos hospitais, para a atenção de qualidade às intercorrências e do parto;

Os sistemas logísticos, cartão SUS, SISPRENATAL, Carteira da Criança e da Gestante, transporte sanitário eletivo e de urgência, regulação;

E o sistema de governança da linha de cuidado, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

Quadro 2. Parâmetros populacionais da linha de cuidado de atenção materno infantil.

POPULAÇÃO ALVO	PARÂMETRO PROPOSTO
Estimativa de total de gestantes	Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos vivos do ano anterior \times 1,05* Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011, que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, para a estimativa total de gestante, também pode ser considerado para determinados territórios: “Número de nascidos vivos do ano anterior + 10%”.
Gestantes com risco habitual e gestantes com fatores de risco acompanhadas no risco habitual	85% das gestantes estimadas
Gestantes de alto risco	15% das gestantes estimadas
Estimativa do número total de recém-nascidos	Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados (= SINASC \times Fator de correção do sub-registro 1,05*)
Estimativa do número total de crianças de 0 a 12 meses	Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados – número de óbitos ocorridos no período neonatal (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,99)
Estimativa do número total de crianças de 12 a 24 meses	Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados – proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,98)
População feminina em idade fértil	0,33 \times (População total TCU projetada de acordo com taxa de crescimento populacional no último período publicado)

6.4. Fluxo de atendimento nas redes 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 (região) 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 3. 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.

ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO
Risco habitual	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de risco habitual
Gestante com fator de risco em acompanhamento no risco habitual	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de risco habitual/intermediário
Alto risco	Unidade Básica de Saúde + Policlínica/ Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Maternidade de alto risco

6.5. Os pontos de atenção da linha de cuidado materno-infantil

6.5.1. Atenção primária à saúde

A atenção primária é a porta de entrada da rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. Toda unidade de atenção primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família. Estrutura-se portanto um processo de detecção precoce de gestação de risco que estabelece a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade. Contudo, mantém-se o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UBS. A estratificação de risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, desta forma, as carteiras da gestante e da criança permitem a comunicação das equipes da APS com os demais níveis: pontos de Atenção Secundários e Terciários. Já no momento da inscrição, no pré-natal, terá seu parto assegurado no hospital de referência, de acordo com a avaliação de risco gestacional, por meio de um sistema de vinculação hospitalar.

COMPETÊNCIA MUNICIPAL QUANTO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A equipe da UBS é responsável pela assistência à gestante e às crianças residentes na sua área de abrangência e deve:

- Inscrever as gestantes no pré-natal e cadastrá-las no SISPRENATAL;
- Vincular as gestantes ao hospital/maternidade, de acordo com sua estratificação de risco;
- Solicitar os exames de rotina e agendar consultas médicas em 7 (sete) dias para avaliação dos resultados;
- Realizar as consultas de pré-natal conforme cronograma, avaliando em cada consulta possíveis alterações e mudança na estratificação de risco;
- Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso;
- Imunizar as gestantes conforme protocolo;
- Encaminhar, por meio da Central de Regulação, e monitorar as gestantes de risco para o ambulatório de referência (policlínica ou maternidade) para gestação de risco intermediário e alto risco;
- Garantir no mínimo 7 (sete) consultas de pré-natal e 1 (uma) no puerpério;
- Realizar a visita da primeira semana após o parto;
- Imunizar as crianças conforme calendário de vacinação;
- Encaminhar as crianças menores de 1 (um) ano estratificadas de risco intermediário e alto risco para a policlínica e/ou o ambulatório de referência, conforme o protocolo.

COMPETE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

- Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidado especial;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UBS para a inscrição no pré-natal;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante por meio de visita domiciliar, priorizando as gestantes de risco intermediário e alto risco;
- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não comparecem à UBS para o seu acompanhamento;
- Captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram altas hospitalares;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês;
- Garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando à equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de risco de violência.

COMPETE À EQUIPE DE SAÚDE

- Conhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade coletados no cadastramento;
- Acompanhar as famílias da microárea de risco em suas casas (visita domiciliar), na UBS (atendimento), em associações, escolas, entre outras, visando estabelecer parcerias e auxiliando na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
- Estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas priorizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- Identificar a presença de fatores de risco para a gestante e o feto, por meio dos antecedentes familiares e pessoais, com as famílias das microáreas definidas como risco social;
- Cadastrar a gestante o mais precoce possível e alimentar o SISPRENATAL por ocasião das consultas de pré-natal;
- Marcar consulta de avaliação com a equipe de saúde bucal;
- Manter a carteira da gestante preenchida com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos, quando existirem. Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar. Assim, a gestante deve ser orientada a

estar sempre portando a sua carteira;

- Realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia e agendar consulta na UBS;
- Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea;
- Assistir às gestantes, puérperas e crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco;
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias, incluindo consulta odontológica para o bebê;
- Registrar na carteira da criança todos os dados necessários para o seu acompanhamento relacionado ao desenvolvimento, intercorrências e procedimentos realizados até os 5 (cinco) anos de idade. O início do preenchimento será na atenção hospitalar, quando todas as informações sobre o parto e o nascimento serão registradas e entregues à mãe. A mãe deve ser orientada a portar a carteira da criança sempre que se direcionar a qualquer serviço de atenção à saúde;
- Acompanhar a criança de risco até um ano de vida;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar os indicadores específicos e relativos à área de abrangência da UBS que constam do painel de bordo.

6.5.2. Fluxo da gestante na atenção primária

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada para a realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada pela Atenção Primária à Saúde, que pode ser pelo agente comunitário de saúde, pela equipe de saúde da família ou pela UBS. O ideal é que seja realizada antes do final do 3º mês de gestação.

Para mulheres que procuram a UBS, com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas (a condição de pré-natal de início precoce tem como limite a 12ª semana, a capacitação da equipe para captação nesse período deve ser estimulada), a contar da data da última menstruação, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional médico ou enfermeiro da UBS. Será realizado o Teste Imunológico para Gravidez (TIG) (urina) e/ou Gonadotrofina Coriônica Humana, Beta HCG. O teste rápido para gravidez adquirido pelo município está disponível.

Após confirmação da gravidez, dá-se início ao cadastramento no SISPRENATAL WEB para acompanhamento da gestante. Identifica-se o risco e a respectiva vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto. É importante que o pai/parceiro acompanhe a gestante no pré-natal.

a) Passos para o cadastramento

- Preencher ou atualizar a Ficha de Cadastro Familiar (Ficha ESUS);
- Cadastrar a gestante no SISPRENATAL WEB. Nesse momento, a gestante e o acompanhante devem receber as orientações necessárias ao acompanhamento que será realizado no pré-natal, como:
 - A carteira da gestante, com identificação preenchida, número do cartão SUS, do SISPRENATAL WEB, hospital de referência para a realização do parto e o calendário das consultas de pré-natal;
 - O calendário de vacinas e suas orientações;
 - A solicitação dos exames de rotina.

b) Vinculação da gestante ao serviço hospitalar

No momento do cadastramento a gestante deverá ser vinculada ao serviço hospitalar que é a referência da Unidade/Município para o parto, de acordo com a estratificação de risco gestacional, devendo ser observados os seguintes cuidados:

- Anotar na Caderneta da Gestante o nome do hospital de referência para a realização do parto, endereço e telefone;
- Orientar a gestante a se dirigir a esse serviço quando apresentar intercorrência clínica e a UBS estiver fechada, e nos primeiros sinais de parto;
- Programar visita guiada ao hospital vinculado, com acompanhante, no início do terceiro trimestre da gestação. Recomenda-se a visita antecipada da gestante à maternidade, objetivando desmitificar o processo do nascimento através da disponibilização de informações para a gestante e seus

acompanhantes. Trata-se de uma visita prévia ao ambiente onde será realizado o parto para esclarecer dúvidas das gestantes, as vantagens do parto normal, a importância do aleitamento materno, mecanismos de redução de ansiedade no momento do pré-parto e parto, proporcionando mais segurança e vínculo ao serviço.

A vinculação à maternidade de referência deve ser definida pelos municípios e regiões de saúde. Devem ser observados critérios de acesso e facilidade de deslocamento da gestante, privilegiando a maternidade mais próxima de sua residência. No processo de vinculação da gestante faz-se necessário considerar a capacidade instalada das maternidades e a previsão de partos/ano de residentes e não residentes (SINASC) conforme o risco gestacional, para não sobrecarregar ou subutilizar os pontos de atenção da rede. Sugere-se ainda a realização de reuniões periódicas entre as unidades básicas e as maternidades vinculadas, proporcionando maior interação entre os profissionais e os pontos de atenção da rede.

c) Consultas de pré-natal

O cadastramento já conta como primeira consulta. No mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina. A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo 7 (sete) consultas durante a gravidez e 1 (uma) no puerpério, sendo 8 (oito) consultas para o

atendimento à gestante na seguinte distribuição:

- 2 (duas) no primeiro trimestre;
- 2 (duas) no segundo trimestre;
- 3 (três) no terceiro trimestre da gestação;
- 1 (uma) no puerpério.

d) Procedimentos que devem ser realizados na primeira consulta do pré-natal

- História clínica;
- Anamnese;
- Preenchimento da ficha de identificação e clínica do SISPRENATAL;
- Exame físico: geral e ginecológico/obstétrico;

- Solicitação de exames laboratoriais listados abaixo;

- Orientação, avaliação dietética e prescrição, conforme linha-guia da gestante e puérpera de acordo com a necessidade.

e) Relação de exames laboratoriais a serem solicitados no pré-natal

Quadro 4. Exames laboratoriais p/ gestante de a risco habitual"

EXAMES	1º TRIMESTRE 1º CONSULTA	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Teste rápido de gravidez	X		
Teste rápido para HIV	X		
Teste rápido para sífilis	X		
Teste rápido para dosagem de proteinúria			
Tipagem sanguínea	X		
Pesquisa fator Rh	X		
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos da urina (Urina I)	Quando necessário	X	X
VDRL/Sorologia para sífilis*	X	X	X
Eletroforese de hemoglobina	X		
Hematócrito			
Urocultura	A critério do médico	A critério do médico	A critério do médico
Dosagem de hemoglobina	X		
Dosagem de glicose	X		X
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg)	X		
Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa)	X		X
Ultrassonografia obstétrica**	1º trimestre		
Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora			
Toxoplasmose	X		
Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	X		
TTGO com 75g de glicose			

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido, a exemplo da primeira consulta. ** Período para realização da ultrassonografia a critério do médico.

f) Relação de exames complementares

- Exame odontológico, preferencialmente no 1º trimestre;
- Ecografia obstétrica: realizar antes da 24ª semana de gestação, preferencialmente no 1º trimestre, para determinar a idade gestacional, e repetir na presença de intercorrências;
- Exame para detecção de tuberculose para gestante HIV positivo.

g) Hora do parto

Quando chegar a hora do nascimento, orientar a gestante a procurar o serviço de referência para o parto. O deslocamento até o serviço de referência poderá ser realizado por meio de:

- Ambulância do município;
- SAMU;
- Veículo particular;
- Transporte público.

Obs.: Caso a gestante resida em local de difícil acesso, que dificulte o seu deslocamento para o serviço de referência, recomenda-se o seu encaminhamento para uma casa de apoio à gestante próxima ao serviço ao qual ela está vinculada, quando da proximidade da data esperada para o parto.

A gestante de risco que reside em município diferente da sua vinculação para o parto também deverá ser encaminhada para uma casa de apoio próxima ao serviço ao qual ela está vinculada, quando da proximidade da data esperada para o parto.

h) O puerpério

- A Equipe de Atenção Primária à Saúde deverá realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento (até o 5º dia), para

acompanhamento da puérpera e da criança;

- Será realizada 1 (uma) consulta no puerpério, na primeira semana pós-parto. A mulher deve ter acesso garantido às ações do planejamento familiar;
- Deverá ser estimulado o aleitamento materno;
- Pacientes com abortamento e com interrupção prematura de gestação também devem ser acompanhadas na unidade de saúde de referência;
- Dar baixa no SISPRENATAL.

6.6. Fluxo da criança na APS

O acompanhamento da criança inicia-se na gravidez, por meio da avaliação do crescimento intrauterino.

No dia da alta, o hospital/maternidade onde foi realizado o parto entrega a carteira da criança com os dados registrados para a mãe, e deverá comunicar à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UBS deve programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data, a UBS já deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a estratificação de risco da criança, para a identificação precoce de fatores de risco.

EXAMES DE ROTINA PARA CRIANÇAS

Exame de triagem neonatal (teste do pezinho) será realizado a partir de 48 horas de nascimento e, preferencialmente, ainda no hospital/maternidade. Os exames laboratoriais e de

diagnósticos até o primeiro ano de vida só serão requisitados a partir da avaliação médica e constatação da necessidade.

a) Visita domiciliar até o 5º dia após o parto

Até o 5º dia de nascimento deverá ser realizada visita domiciliar para:

- Atualizar a ficha do E-SUS;
- Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar > 37,5°), hipotermia (temperatura axilar < 35,5°), frequência respiratória > 60 mpm e convulsões;
- Observar o estado geral da mãe;
- Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS), cuidado com o coto umbilical e cuidado de higiene;
- Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, o que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UBS;
- Avaliar a carteira da criança quanto:
- À realização dos testes do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho;
- À aplicação da vacina prevista ao nascer: hepatite B. Caso não tenha sido aplicada no hospital, orientar a procurar a UBS para realizar a imunização.

b) Acompanhamento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral da saúde da criança, sendo previsto: o registro na Carteira da Criança, a avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional,

bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, prevenção de acidentes e higiene).

A monitoração do crescimento (aumento da massa corporal) e desenvolvimento (habilidades cada vez mais complexas) é considerada a ação-eixo na atenção primária à saúde da criança.

A equipe da UBS/ESF é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança. O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança contempla um intervalo de oito consultas no 1º ano de vida:

- Mensal até o 6º mês;
- Trimestral do 6º ao 12º mês;
- Duas consultas no 2º ano de vida (semestral, de 12 até 24 meses). E uma consulta/ano a partir do 3º ano de vida.

Também deverá ser feita uma consulta odontológica para o bebê, mesmo antes da primeira dentição, com o objetivo de prevenir e controlar a cárie em crianças de 0 a 36 meses.

Em todas as consultas realizadas deve-se registrar o atendimento da criança na Carteira da Criança e no prontuário. Até a faixa etária de cinco anos recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo agente comunitário. A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto. Durante todo esse acompanhamento, envolvendo consultas e visitas domiciliares, a equipe deve:

- Estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS;

- Orientar o processo de desmame e a alimentação complementar;
- Verificar o calendário vacinal;
- Acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;
- Aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico e avaliar as curvas de referência para analisar o crescimento global da criança;
- Avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;
- Orientar sobre a prevenção de acidentes;
- Tratar as intercorrências patológicas;
- Identificar maus tratos e notificá-los às autoridades.

c) Situações de risco

Da mesma forma que as gestantes, é necessário estratificar o risco das crianças para garantir o cuidado mais intensivo às crianças de risco que têm maior probabilidade de adoecer e morrer. Para a estratificação de risco foram estabelecidos os seguintes critérios:

RISCO HABITUAL: Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.

Nesse grupo estão incluídas crianças potencialmente livres de riscos referentes aos quatro campos observados na produção de saúde ou de doença, como:

1) Fatores relacionados ao campo biológico/estilo de vida

- Pré-natal sem intercorrências;
- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade;
- Peso ao nascer $\geq 2,5$ kg;

- Apgar ≥ 8 , no 5º min;
- Sem reconhecimento de patologia específica.

2) Fatores relacionados ao campo

socioeconômico

- Bom suporte familiar;
- Mãe com mais de 8 anos de estudo.

3) Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde

- Vacina em dia;
- RN com triagem neonatal realizada.

Obs.: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias), ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

RISCO INTERMEDIÁRIO: As crianças que compõem esse grupo apresentam vulnerabilidade determinada pela presença de vários fatores negativos inseridos nos campos de saúde, tais como:

1) Fatores relacionados ao campo biológico/estilo de vida

- Prematuro limítrofe (37 semanas);
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose, sífilis, hepatite B, com criança negativa para estas patologias;
- Filho de mãe deficiente mental, doença mental ou transtornos psiquiátricos leves;
- Morte materna;

B. Filho de mãe com menos de 20 anos e mais de três partos;

E. História de óbitos de menores de 5 anos no núcleo familiar da criança;

E. Criança manifestamente indesejada;

E. Criança menor de 6 meses de idade que não se encontra em aleitamento materno exclusivo.

2) Fatores relacionados ao campo socioeconômico

a) Mãe com escolaridade de 3 a 7 anos e 11 meses de estudo;

b) Filho de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos e/ou solteira;

c) Filho de mãe sem suporte familiar;

d) Crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade;

e) Chefe de família sem fonte de renda;

f) Filhos de mãe de etnia indígena.

3) Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde

a) Vacina atrasada;

b) RN sem triagem neonatal.

Para classificarmos como RISCO

INTERMEDIÁRIO, faz-se necessário o

preenchimento dos seguintes critérios:

2 fatores biológicos (B) ou 1 fator biológico

e 1 estilo de vida (E) – obrigatoriamente

– e 1 dos dois abaixo – pelo menos 1

obrigatoriamente:

1 relacionado ao campo socioeconômico;

1 fator dependente da oferta de serviços de saúde.

Obs.: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias) ocorrerá na forma de visita domiciliar

da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

Existem algumas situações nas quais é necessária uma atenção especial por parte da equipe de saúde ou, até mesmo, o encaminhamento para especialista. Entre essas situações, destacamos:

ALTO RISCO: Esse grupo está formado por crianças que se encontram submetidas a fatores de risco oriundos dos quatro campos de saúde, porém de forma mais intensa e de maior gravidade que no grupo anterior:

1) Fatores relacionados ao campo biológico

a) Prematuridade (abaixo de 37 semanas);

b) Malformação congênita;

c) Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar –

ASFIXIA GRAVE: Apgar < 7 no 5º min de vida, crianças com prescrição de antibióticos, icterícia (com fototerapia), dentre outros;

d) Filho de mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose, sífilis, hepatite B, sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído;

e) RN com triagem neonatal positiva;

f) RN com deficiência estabelecida desde o nascimento; doenças genéticas ou neurológicas, malformações múltiplas;

g) Filho de mãe com doença exantemática febril na gestação;

h) Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;

- i) Desnutrição e obesidade grave;
 - j) Criança portadora de alergias alimentares;
 - k) Criança retida nas maternidades após a alta da mãe;
 - l) Criança egressa de unidades de cuidados intermediários;
 - m) RN com triagem neonatal positiva;
 - n) Mãe com transtornos psiquiátricos moderados a severos (ex.: esquizofrenia, psicose, depressão), ou portadora de deficiência ou restrição que impossibilite o cuidado da criança;
 - o) Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- 2) **Fatores relacionados ao estilo de vida**
- a) Criança menores de 6 meses que não se encontra em aleitamento materno exclusivo;
- 3) **Fatores relacionados ao campo socioeconômico**
- a) Filho de mães analfabetas.

Para classificarmos como alto risco, faz-se necessário o preenchimento dos seguintes critérios:

1 fator biológico – obrigatoriamente.

Os fatores abaixo servirão para nortear a prioridade de atendimento:

Fator de estilo de vida;

Fator socioeconômico.

Observações:

- Atentar que para a mãe soropositivo é contraindicado o aleitamento materno;
- Prestar atenção especial às crianças onde as condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação

anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, recém-nascido de mãe adolescente ou com baixa instrução;

- A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto de puericultura e vacinação.

- **Obs.:** A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias), ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

- Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

d) Busca de faltosos.

A UBS deverá realizar visita às crianças faltosas nas atividades programadas e agendar nova consulta, priorizando as que estejam em situações de risco. Caso a falta seja devida ao internamento da criança, a UBS deverá entrar em contato com o hospital e programar uma consulta após a alta.

6.7. Acompanhamento, monitoramento e avaliação

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da rede materno-infantil, será desenvolvido o painel de bordo, que permite que os municípios, as regionais de saúde, as macrorregionais de saúde, os serviços de saúde e a Secretária da Saúde reflitam sobre os indicadores processados no equilíbrio entre os objetivos, as metas e a missão desenvolvidos no

Plano de Ação Estadual. Ao olhar e refletirmos sobre os indicadores que o Painel de Bordo definiu, observa-se que esses permitem obter as respostas frente às seguintes perguntas: Estamos fazendo o que é certo? Estamos fazendo corretamente? Podemos fazer melhor? O monitoramento possibilitará o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do acompanhamento do atendimento da mulher e da criança, ao longo de toda a rede de atenção materno-infantil, e irá orientar o processo de decisão para a implementação de novas medidas. A seguir, o painel de bordo para a rede materno-infantil, que estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: Resultado para a sociedade, Indicadores de processo, Indicadores de gestão.

COMPETE À ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA/POLICLÍNICA

Estrutura:

- Consultório obstétrico completo com sonar e cardiocógrafa;
- Consultório pediátrico;
- Exames diagnósticos disponíveis, conforme tabela a seguir;
- Multiprofissionais para o atendimento, tais como médicos com as seguintes especialidades: obstetras, pediatras, cirurgiões pediatras, endocrinologistas, nefrologistas, cardiologistas, nutricionistas, enfermeiros (preferencialmente enfermeiros obstétricos), farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.



Quadro 5. Equipes para acompanhamento de crianças e gestantes de alto risco

ATIVIDADES		GESTANTES		CRIANÇAS	
Procedimentos	Profissionais	Números atendimentos previstos	Profissionais	Números atendimentos previstos	
Consulta e atendimentos	Obstetras, enfermeiros, nutrição, serviço social e outros	5 (cinco) atendimentos multiprofissionais durante o período gestacional	Pediatras, enfermeiros, fisioterapeutas, nutrição, serviço social e outros	4 (quatro) atendimentos multiprofissionais até 1 (um) ano de vida	
Atividades educativas em grupo	Serão conduzidas por profissional de nível superior	2 (duas) atividades educativas	Serão conduzidas por profissional de nível superior		
Procedimentos diagnósticos	Garantir os procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado e para o crescimento e desenvolvimento da criança até 1 (um) ano				

Quadro 6. Equipes para gestantes com fatores de risco e crianças de risco intermediário.

ATIVIDADES		GESTANTES		CRIANÇAS	
Procedimentos	Profissionais	Números atendimentos previstos	Profissionais	Números atendimentos previstos	
Consulta e atendimentos	Obstetras, enfermeiros, nutrição, serviço social e outros	1 (um) atendimento multiprofissional durante o período gestacional	Pediatras, enfermeiros, fisioterapeutas, nutrição, serviço social e outros	3 (três) atendimentos multiprofissionais até 1 (um) ano de vida	
Atividades educativas em grupo	Será conduzida por profissional de nível superior	2 (duas) atividades educativas	Será conduzida por profissional de nível superior		
Procedimentos diagnósticos	Garantir os procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado e para o crescimento e desenvolvimento da criança até 1 (um) ano				

Garantir exames para gestantes de alto risco e gestantes com fatores de risco acompanhadas no pré-natal de risco habitual no quantitativo especificado a seguir:

Quadro 7. Exames laboratoriais para gestante de alto risco e com fatores de risco acompanhadas no risco

Exames	Quantitativo mínimo liberado
Urina I (EAS)	1 exame por trimestre de gestação
Urocultura	1 exame por trimestre de gestação
VDRL para detecção da sífilis	1 exame por trimestre de gestação
Hematócrito	2 exames
Dosagem de hemoglobina	2 exames
Dosagem de glicose	1 exame por trimestre de gestação
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBs Ag)	1 exame
Pesquisa de Anti-HBC IgG e IgM	1 exame conforme critério médico
Pesquisa de anticorpo anti-HIV1 + HIV2 (ELISA)	2 exames (podendo ser substituído pelo teste rápido, quando disponível)
Sorologia para toxoplasmose IgG e IgM	1 exame (repetir por trimestre se a gestante for suscetível)
Prova de avidéz para IgG	Quando necessário
Ultrassonografia obstétrica	3 exames (1 por trimestre de gestação)
Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	Quando necessário

Quadro 8. Exames laboratoriais para gestante de alto risco e com fatores de risco acompanhadas no risco habitual

Exames	Quantitativo mínimo liberado
Determinação da curva glicêmica	1 exame conforme critério médico
Dosagem de proteínas (urina 24 h)	1 exame conforme critério médico
Dosagem de ureia	1 exame conforme critério médico
Dosagem de creatinina	1 exame conforme critério médico
Dosagem de ácido úrico	1 exame conforme critério médico
Desidrogenase láctica LDH	1 exame conforme critério médico
ECG	1 exame conforme critério médico
Contagem de plaquetas	1 exame conforme critério médico
US obstétrico c/ Doppler	1 exame conforme critério médico
Tocardiografia anteparto	1 exame conforme critério médico

6.8. Atenção hospitalar – nível secundário e terciário

A qualificação da atenção ao parto, pós-parto imediato e nascimento baseia-se nos princípios da humanização e na melhor evidência disponível na literatura em relação à efetividade e segurança das práticas ofertadas. Para isto, os serviços de atenção obstétrica e neonatal devem contar com uma ambiência adequada (RDC 36/2008), equipe multiprofissional treinada e que compartilhe o cuidado de forma horizontal, e classificação de risco no momento do acolhimento (BRASIL, 2011g, 2013a).

Quando chega a hora do nascimento, a gestante procura o serviço de referência para o parto ao qual foi vinculada durante a realização do pré-natal.

Compete aos serviços de atenção hospitalar receber a gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico, realizar o parto, atender o recém-nato, realizar os testes do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho, completar a Carteira da Gestante, preencher a Carteira da Criança, dar alta e encaminhar orientações para a Atenção Primária à Saúde (APS).

CRITÉRIOS HOSPITAIS/ MATERNIDADES DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

Risco habitual

- Dispor de equipe médica (obstetra, pediatra) e enfermeira 24h;
- Aderir à vinculação do parto de risco habitual;

- Permitir a participação de acompanhante durante consultas e a internação da gestante;
- Ter acolhimento e classificação de risco 24 horas;
- Equipe interdisciplinar, com sensibilidade e treinamento adequado para o parto;
- Realizar boas práticas de atenção obstétrica e neonatal;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Comprometer-se com a realização da vacina contra hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Dispor as centrais de leito e regulação estadual do número acordado de vagas para os municípios da sua vinculação.

Risco habitual com identificação de fatores de risco

- Dispor de equipe médica com obstetra, anestesista, pediatra e enfermeira (de preferência obstetra) 24h;
- Aderir à vinculação do parto de risco intermediário;
- Permitir a participação de acompanhante durante consultas e a internação da gestante;
- Ter acolhimento e classificação de risco 24 horas;
- Equipe treinada, capacitada para a interdisciplinaridade, e assistência adequada ao parto;
- Realizar boas práticas de atenção obstétrica e neonatal;

- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realizar a vacina contra hepatite B (mesmo questionamento do risco habitual);
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Dispor as centrais de leito e regulação estadual do número acordado de vagas para os municípios da sua vinculação.
- Assistência interdisciplinar, respeitosa, com incentivo adequado ao parto;
- Realizar boas práticas de atenção obstétrica e neonatal;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Dispor as centrais de leito e regulação estadual do número acordado de vagas para os municípios da sua vinculação.

Alto risco

- Dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e enfermeira (de preferência obstetra) 24h;
- Aderir à vinculação do parto de alto risco;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;
- Ter acolhimento e classificação de risco 24 horas;

MATRIZ DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

A matriz dos pontos de atenção é fundamental, pois identifica os serviços e ações necessárias à atenção à gestante e à criança até um ano de vida, como demonstrado abaixo:

Quadro 9. Pontos de atenção da linha de cuidado materno-

NÍVEL DE ATENÇÃO	POSTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE			TERRITÓRIO SANITÁRIO	
Atenção terciária à saúde	Hospital de Alto Risco	Casa de apoio à gestante, bebê e puérpera	UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica, UCINCa e UCINCo	Macrorregião de saúde	
Atenção secundária à saúde	Hospital de risco habitual e intermediário	Policlínica (gestante e criança de risco)	Unidade de Internação Pediátrica UCI Neonatal	Região da saúde	
	Hospital de risco habitual				
Atenção primária à saúde	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)			Município	
	Unidade Básica de Saúde (UBS)			Área de abrangência	Município
	Domicílio (ACS)			Microárea	

Quadro 10. LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL – PAINEL DE BORDO

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR
Resultados para a sociedade	1.Reduzir a mortalidade materna e infantil. 2. Garantir o funcionamento da rede de atenção materna e infantil em todo o Estado.	1.1. Razão de morte materna. 1.2. Coeficiente de mortalidade infantil. 2.1. Índice de satisfação das usuárias da rede.
Processo	3. Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura. 4. Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança de alto risco. 5. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança. 6. Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano.	3.1. % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação. 3.2. Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses. 3.3. Cobertura vacinal em menores de um ano. Número absoluto de crianças com sífilis congênita. 3.5. Índice de partos prematuros. 3.6. Índice de cesarianas. 4.1. % de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos. 4.2. % de crianças estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos. 5.1.% de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco. 5.2.% de gestantes com acompanhante no pré-natal, parto e puerpério. 6.1. % de cobertura de gestantes de alto risco. 6.2. % de cobertura de crianças de risco menores de um ano.
Gestão	7. Consolidar sistema de governança da rede de atenção materno-infantil. 8. Implantar gestão de caso na atenção primária à saúde.	7.1. % de municípios realizando estratificação de risco e a vinculação à rede de cuidado e aos hospitais contratados. 7.2. % de gestantes de risco e crianças de risco atendidas pela rede de cuidado. 7.3. % de partos de risco realizados nos hospitais contratualizados da Rede Mãe Cearense. 8.1. % de gestantes de alto risco monitoradas. 8.2. % de crianças de risco menor de 1 ano monitoradas

Este monitoramento será possível pelo acompanhamento dos dados levantados dos sistemas de informação oficial do governo como SISPRENATAL WEB, SIAB, SINAN, SINASC, SIM, SIAH, SIA e pelo desenvolvimento de inquérito/pesquisa sistemática aplicadas com as usuárias da rede.

Para viabilizar o monitoramento é de fundamental importância que, durante o pré-natal, parto e puerpério, o profissional preencha adequadamente os formulários do Sistema de Informação em Saúde, a Caderneta da Gestante e da Criança.

CONFLITO DE INTERESSES

A linha-guia de cuidados à gestante e à criança menor de 2 anos foi desenvolvida com o financiamento do Governo do Estado do Ceará e da Secretaria da Saúde. O apoio existiu sob a forma de contribuição financeira para todo o processo de desenvolvimento, como participação de profissionais e a publicação e impressão da diretriz. Uma declaração explícita de que os pontos de vista ou interesses do órgão financiador não influenciaram as recomendações.

A linha-guia de cuidados à gestante e à criança menor de 2 anos é tema de projeto de investigação de membros da equipe, contudo este não foi financiado pela indústria farmacêutica. Todos os membros da equipe declararam a existência (ou não) de conflitos de interesse (Apêndice 1).

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS AND THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Guidelines for Perinatal Care. AAP/ACOG. 6th ed. 2008. 450 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5a ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento e Análise da Situação em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b, p. 163-182.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n. 103, seção 1, p. 43, 02/04/13.

DRAYCOTT, T; LEWIS, G; STEPHENS, I. Executive Summary. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). BJOG v. 118 (Suppl. 1), p. e12–e21, 2011.

GREGORY, A. L.; DAVIES, M. D.; FRCSC, Kingston ON. Antenatal fetal assessment. SOGC Clinical Guidelines, 2000, 90:1-7.

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.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: Protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003. 95 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção Hospitalar ao Neonato: Protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003.

ROBERTS, C. L. et al. Trends in adverse maternal outcomes during childbirth: a population-based study of severe maternal morbidity. *BMC Pregnancy and Childbirth* v. 9, n. 7, 2009.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* v. 368, p.1189–200, 2006.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. National Collaboration Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine care for the healthy pregnant women. London, RCOG, 2008. 454 p. (Clinical Guideline).

SAY, L., SOUZA, J. P., PATTINSON, R. C. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Prac & Res Clin Obst Gyn* v. 23, p. 287-296, 2009.

THADDEUS, S; MAINE, D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc. Sci. Med.* v. 38, n. 8, p. 1091-1110, 1994.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Saúde
COORDENADORIA DE POLÍTICAS E ATENÇÃO À SAÚDE

DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES

Descrição ou título da diretriz/projeto/estudo/parecer/atividade a ser considerado (a): _____		
Posição: Autor principal () Coautor () Orientador/Supervisor () Parecerista ad hoc () Outros: _____		
Considerando o assunto em epígrafe, sua posição e os seus últimos cinco anos, responda as questões:		
1. Você já aceitou de uma instituição, que pode se beneficiar ou se prejudicar financeiramente, algum dos benefícios abaixo?	SIM	NÃO
a) Reembolso por comparecimento a eventos na área de sua pesquisa		
b) Honorários por apresentação, consultoria, palestra ou atividades de ensino		
c) Financiamento para redação de artigos ou editorias		
d) Suporte para realização ou desenvolvimento de pesquisa na área		
e) Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe		
f) Algum outro benefício financeiro		
2. Você possui apólices ou ações de alguma empresa que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada?		
3. Você possui algum direito de propriedade intelectual (patentes, registros de marca, royalties)?		
4. Você já atuou como perito judicial?		
5. Você participa, direta ou indiretamente, de algum grupo citado abaixo cujos interesses possam ser afetados pela sua atividade?	SIM	NÃO
a) Instituição privada com ou sem fins lucrativos		
b) Organização governamental ou não-governamental		
c) Produtor, distribuidor ou detentor de registro		
d) Partido político		
e) Comitê, sociedade ou grupo de trabalho		
f) Outro grupo de interesse		
6. Você poderia ter algum tipo de benefício clínico?		
7. Você possui uma ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados?		
8. Você possui profunda convicção pessoal ou religiosa que pode comprometer o que você irá escrever e que deveria ser do conhecimento público?		
9. Existe algum aspecto do seu histórico profissional que não esteja relacionado acima e que possa afetar sua objetividade ou imparcialidade?		
10. Sua família ou pessoas com quem mantenha relações próximas possuem alguns dos conflitos listados acima?		

Nome: _____ Papel elaborador na diretriz: _____

Assinatura

Fortaleza, 28 de Março de 2016.



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
*Gabinete do Governador
Secretaria da Saúde*