

ERRATA

Protocolo Regional de Atenção à Gestantes e Puérperas da 20ª Regional de Saúde

Com o objetivo aprimorar o Protocolo Regional de Atenção à Gestantes e Puérperas da 20ª Regional de Saúde (aprovado pela DELIBERAÇÃO Nº 04 – 04/04/2023 na Comissão Intergestores Regional da 20ª Regional de Saúde), e considerando o contido e previsto na Lei Estadual nº 20.127/2020 e no Decreto Estadual nº 11570/2022, os quais definem que, para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo ser realizado o devido registro em prontuário e que as gestantes estratificadas como de Risco Intermediário e de Alto Risco estão excluídas da possibilidade de realização de cesárea eletiva a pedido, o fluxo de promoção de parto e cesáreas eletivas na 20ª Regional de Saúde passa a vigorar com o seguinte texto:

Fluxo para Agendamento de Promoção de Parto e Cesáreas para Gestantes de Alto Risco e Risco Intermediário*¹ no HOESP

~~*Para o risco intermediário nesse fluxo serão consideradas APENAS as seguintes condições e intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual: Diabetes gestacional não-insulinodependente e/ou Anemia moderada (hemoglobina entre 9 e 9,9 g/dl),~~ **válido para os Municípios onde o HOESP é referência para o Risco Intermediário.**

Conforme a Linha de Cuidado Materno Infantil da SESA PR vigente, durante o pré-natal será determinada a maternidade de referência para o parto com a vinculação da gestante à mesma (e para situações de urgência e emergência durante a gestação), de acordo com a estratificação de risco da gestacional. Espera-se, portanto,

1 Todas as gestantes de risco intermediário entram nesse fluxo, independentemente de ter ou não condições clínicas associadas

que ao entrar em trabalho de parto a gestante acesse diretamente a sua maternidade de referência.

No entanto, algumas situações clínicas durante a gestação podem indicar a necessidade de interrupção da gestação antes do processo natural do parto. Para estas situações, ao identificar a necessidade de promoção de parto induzido ou realização de cesárea, justificada por condições clínicas específicas, estipula-se o fluxo abaixo:

- 1) A gestante deverá ser encaminhada ao ambulatório do Alto Risco para avaliação. Sugere-se que esta avaliação seja feita a partir da 36ª e no máximo até a 38ª semana de gestação;
- 2) Após a avaliação do ambulatório de Alto Risco o(a) médico(a) do ambulatório de Alto Risco faz uma referência (carta médica, etc) para a gestante indicando o tipo de parto e semana/data ideal para a promoção do parto. É imprescindível que esta carta médica contenha justificativa fundamentada para a solicitação do parto, com informações suficientes e de qualidade sobre o caso.
- 3) Gestante procura a Secretaria de Saúde do município de origem;
- 4) Secretaria Municipal de Saúde do município de origem providencia os documentos abaixo:
 - Cópia do encaminhamento médico do Alto Risco;
 - Cartão SUS da gestante;
 - Cópia na íntegra da carteira da gestante, sendo importante a conferência dos dados de preenchimento e da DUM, DPP e DPP eco;
 - Cópia do último USG;

SECRETARIA DA SAÚDE

20º Regional de Saúde

Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060

Fone (45) 3379.6900

5) Secretaria Municipal de Saúde encaminha os documentos digitalizados em PDF em **arquivo único** no e-mail: centroobstetrico@hoesp.org.br e centroobstetrico2023@gmail.com

6) Informações que deverão constar no texto do e-mail:

- Nome completo da gestante;
- Estratificação de risco com a indicação da condição clínica (Ex: alto risco por HAS)
- Idade gestacional;
- Município de origem;
- Telefone da gestante para contato.

Agendamento de Cesáreas Eletivas nos Hospitais de Referência das Gestações de Risco Habitual ~~e Risco Intermediário SEM condições e intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual~~²

Conforme previsto na Lei estadual 20.127/2020, no Decreto Estadual nº 11570/2022 e no Parecer CRM-PR 2796/2020, **para garantir a segurança do feto**, a cesariana a pedido da gestante, **nas situações de risco habitual**, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo ser realizado o registro em prontuário.

Gestações estratificadas como de Risco Intermediário e Alto Risco estão excluídas da legislação, não havendo previsão legal para realização de cesárea eletiva

² O risco intermediário, assim como o alto risco, ficam excluídos da possibilidade de cesárea eletiva a pedido da gestante, conforme Art. 4º Decreto Estadual nº 11570/2022

a pedido. Nesses casos, a via do parto deve ser avaliada pela equipe médica do hospital de referência para o parto.

São pré requisitos para a indicação de Cesárea Eletiva:

- Ter realizado, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, de qualidade e registradas na Carteira da Gestante e;
- **Gestante ter recebido todas as informações de forma pormenorizada** sobre o parto cesáreo e vaginal, seus respectivos benefícios e riscos;
- Tenha em posse todos os exames laboratoriais e de imagem conforme Linha Guia;
- Que a gestação tenha sido estratificada como de risco habitual e com programação de parto a partir de 39 semanas de gestação, comprovada em USG;
- Não esteja em situação de urgência e emergência;
- **Tenha plano de parto** (modelo conforme Anexo II), realizado pela equipe da APS e devidamente registrado na Carteira da Gestante;
- **Esteja em posse de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (modelo conforme Anexo I) assinado previamente, em 03 (três) vias, sendo que uma ficará no prontuário, outra em posse da gestante e outro destinado ao serviço hospitalar de referência para o parto.
- Tenha realizado avaliação pré-anestésica eletiva prévia via ambulatorial;
- *Caso haja intenção de realização da esterilização cirúrgica junto ao parto, a gestante deve ter realizado a manifestação da vontade com no mínimo 60 dias antes do parto, além de preencher o documento de consentimento livre e esclarecido necessário para cirurgia de laqueadura tubária bilateral em 3 vias, e apresentar o Encaminhamento da APS para realização de Laqueadura Tubária em 2 vias.

A equipe responsável pela gestante deve providenciar:

- Cópia da carteira da gestante;

SECRETARIA DA SAÚDE
20º Regional de Saúde
Rua: Rui Barbosa 1858, CEP 85905-060
Fone (45) 3379.6900

- Cartão SUS da gestante;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ((modelo conforme Anexo I), assinado, em 03 (três) vias, sendo que uma ficará no prontuário, outra em posse da gestante e outro destinado ao serviço hospitalar de referência para o parto;
- Exames laboratoriais com resultado devidamente transcrito na Carteira da Gestante;
- Exames de USG com laudo;
- Plano de parto preenchido e assinado (modelo conforme Anexo II);
- Laudo da Avaliação pré anestésica;
- *Documento de consentimento livre e esclarecido (modelo conforme Anexo III) necessário para cirurgia de laqueadura tubária bilateral (**caso tenha intenção de realizar laqueadura junto ao parto**).
- *Encaminhamento da APS (modelo conforme Anexo Iv) para realização de Laqueadura Tubária (**caso tenha intenção de realizar laqueadura junto ao parto**).

Secretaria Municipal de Saúde encaminha os documentos digitalizados em PDF em arquivo único no e-mail do hospital de referência:

- HOESP:** centroobstetrico@hoesp.org.br e centroobstetrico2023@gmail.com
- Hospital Prefeito Quinto Abrão Delazeri** – Palotina: hmpalotina@hotmail.com e maternoinfantilhmpqad@gmail.com (Possuem fluxo próprio de agendamento).
- Hospital Assiste Guaíra:** corpoenfermagem@assisteguaira.org.br (Possuem fluxo próprio de agendamento).
- Hospital Dr Cruzatti:** (Possuem fluxo próprio de agendamento). centrocirurgicocruzatti@outlook.com
- Hospital Beneficente Moacir Micheletto** – Assis Chateaubriand: enfermagem.hospitalmm@gmail.com (Possuem fluxo próprio de agendamento).
- Hospital Beneficente Moacir Micheletto** – Santa Helena: ahbmsh.enfermagem@gmail.com e ahbmmdirecao@gmail.com (Possuem fluxo próprio de agendamento).

SECRETARIA DA SAÚDE
20º Regional de Saúde
Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060
Fone (45) 3379.6900

Informações que deverão constar no texto do e-mail:

- Nome completo da gestante;
- Idade gestacional;
- Município de origem;
- Telefone da gestante para contato.

Sem mais, colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Toledo, 26 de fevereiro de 2024.

Atenciosamente

Assinado eletronicamente

Fernando Pedrotti
Diretor da 20ª RS

Assinado eletronicamente

Marciane Specht
Presidente do CRESEMS 20ª RS

SECRETARIA DA SAÚDE

20º Regional de Saúde
Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060
Fone (45) 3379.6900

ANEXO I
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Parto Cesáreo

Eu, _____
_____ (nome completo), _____ (nacionalidade), portadora do
RG nº _____ e inscrita no CPF/MF sob o nº _____,
residente _____ e domiciliada _____ na
_____, (NOME
DO MUNICIPIO), Paraná, **DECLARO** para os devidos fins **minha decisão de
realizar PARTO CESÁRIO.**

Declaro ter ciência de que o parto normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr (a).
_____, CRM/PR

_____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe e o bebê, sendo os mais comuns: infecções, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea) e ainda de que, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro estar ciente da necessidade de procedimento anestésico para a realização da cesárea, o que envolve riscos inerentes ao procedimento, inclusive em situações excepcionais poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

SECRETARIA DA SAÚDE
20º Regional de Saúde
Rua: Rui Barbosa 1858, CEP 85905-060
Fone (45) 3379.6900

Declaro ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independente da habilidade do médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, de acordo com a literatura médica, devendo ocorrer entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido minha decisão de realizar parto cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, com a gestante.

_____, ____ de _____ de 202__

Assinatura da gestante

Assinatura e carimbo do médico

(Nome e RG da testemunha)

(Nome e RG da testemunha)

SECRETÁRIA DA SAÚDE

20º Regional de Saúde

Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060

Fone (45) 3379.6900

ANEXO II

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um documento no qual poderá registrar suas preferências para o atendimento durante o nascimento de seu bebê. Uma importante ferramenta de comunicação com a equipe que estará lhe assistindo, com a qual poderá aprimorar esse diálogo durante o internamento. Com ele você terá a oportunidade de uma experiência mais segura e positiva para o seu parto, bem como para o nascimento do seu bebê. Elabore o seu durante a gestação e esclareça suas dúvidas com a equipe de Saúde.

Nome da gestante: _____

Nome do bebê: _____

Nome do acompanhante de preferência da gestante:

MINHAS PREFERÊNCIAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO (marque suas preferências)

- Liberdade de movimento e escolha da posição de parto;
- Liberdade para me alimentar e hidratar;
- Diminuição das luzes;
- Aguardar o rompimento natural da bolsa;
- Não realizar episiotomia (corte na vagina);
- Mínimo de exames de toque vaginal necessário;
- Administração de medicamento com meu esclarecimento e aprovação;
- Auscultar o coração do bebê;
- Uso de métodos para alívio da dor (Ex.: massagem, chuveiro, relaxamento com bola, respiração profunda, anestesia e outros).

MINHAS PREFERÊNCIAS APÓS O NASCIMENTO (marque suas preferências)

- Realizar contato pele-a-pele com o bebê
- Amamentar o bebê logo após o nascimento
- Aguardar o cordão parar de pulsar para cortar

SECRETARIA DA SAÚDE

20º Regional de Saúde

Rua: Rui Barbosa 1858, CEP 85905-060

Fone (45) 3379.6900

MINHAS PREFERÊNCIAS PARA O CUIDADO COM O BEBÊ (marque suas preferências)

- Ser informada e esclarecida sobre o que será feito com o bebê
- Primeiros exames feitos no meu colo ou próximo à mim
- Que o acompanhante permaneça junto ao bebê
- Participar do primeiro banho do bebê

Use este espaço para complementar o registro de suas preferências: _____

Resuma em uma palavra seu maior desejo para o seu parto e nascimento de seu bebê: _____

—

Cidade/ Estado: _____ Data: ___/___/_____

Assinatura da gestante: _____

SECRETÁRIA DA SAÚDE

20º Regional de Saúde

Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060

Fone (45) 3379.6900

ANEXO III

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBRIGATORIAMENTE
NECESSÁRIO PARA CIRURGIA DE **LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL.**

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Fundamentação legal – Lei n. 9.263 de 12/01/96; Portaria nº48 de 11/02/99 e Lei nº
14.443 de 02/09/22

Eu, _____
Estado Civil _____ Portadora do RG nº _____
CPF nº _____ Data de Nascimento ____/____/____
Residente: _____ nº _____
Na cidade _____ Estado do Paraná. Desejo fazer cirurgia de
LAQUEADURA TUBÁRIA.

DECLARO para todos os fins de direito, que estou ciente das exigências da **Lei n. 9.263/96 e Lei nº 14.443/22**, quanto à cirurgia que pretendo realizar, conforme segue:

- 1– Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
- 2– Sou maior de 21 (vinte e um) anos de idade e/ou tenho pelo menos dois filhos vivos.
- 3– Estou ciente de que deverei observar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações.
- 4 – Declaro para todos os fins de direito que estou manifestando neste ato, a minha vontade de me submeter à cirurgia acima indicada e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, irreversibilidade do método e opções de contraceptivos reversíveis existentes.
- 5 – Estou ciente do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências.
- 6 –Estou ciente de que não será considerada a esterilização de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura), durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alteradas ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

ESCLARECIMENTO MÉDICO:

Declaro que o Dr. _____ CRM nº _____
Informou-me que, sendo minha vontade buscar uma contracepção definitiva, seria conveniente e indicado proceder A INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL. Esclareceu-me que:

SECRETARIA DA SAÚDE

20º Regional de Saúde

Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060

Fone (45) 3379.6900

1- A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO**, com o objetivo de impedir uma nova gravidez.

2-Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica: a) Laparoscópica; b) Minilaparotomia; c) Vaginal; d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);

3- Esta técnica necessita de anestesia.

4- Sua eficácia é de 99 a 99,8% com índice de Pearl de 0,5 ou menos de falhas por 100 mulheres por ano.

5- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.

6 – As complicações que poderão surgir são:

a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico:

b) Pós-operatórias:

- Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia, etc.);
- Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, hematomas, pelviperitonites, sépsis, hemorragias), perfurações de órgãos;

7- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

8-Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:

- Método de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, etc);
- Anticoncepção hormonal (pílula, injetáveis, implantes);
- Contracepção intra-uterina (DIUs);
- Métodos naturais (tabelinha - Método Billings).

DECLARO que entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize. Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA PROPOSTA**.

_____ de _____ de _____
Local e Data:

Assinatura da Paciente

SECRETÁRIA DA SAÚDE
20º Regional de Saúde
Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060
Fone (45) 3379.6900

Assinatura do médico

Observação: Preenchimento completo deste termo em **três vias**, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

SECRETARIA DA SAÚDE

20º Regional de Saúde
Rua: Rui Barbosa 1858 , CEP 85905-060
Fone (45) 3379.6900

4-Parecer da Equipe da APS

Métodos Contraceptivos usados anteriormente pelo solicitante:

- () Contracepção intra uterina. : _____
() Métodos barreira. : _____
() Anticoncepcional hormonal oral . : _____
() Anticoncepcional hormonal injetável . : _____
() Métodos naturais.
() nenhum

Observações: _____

Aconselhamento/Orientações realizadas pela equipe:

- () Apresentação de métodos contraceptivos reversíveis;
() Esclarecimento sobre riscos e complicações do método definitivo;
() Esclarecimento sobre a dificuldade de reversão do método definitivo;
() Encaminhamento com psicologia
() Encaminhamento com assistência social
() Outros.

Quais: _____

5-Local do encaminhamento: _____

6-CONCLUSÃO:

_____ de _____ de _____
Local e Data:

Assinatura dos profissionais da APS responsáveis pelas orientações

Assinatura do(a) paciente



ePROTOCOLO

OFICIO CIRCULAR 011/2024.

Documento: **ERRATAProtocoloRegionalGestanteePuerperaapontamentos.pdf.**

Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02.

Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43.

Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:

8a66a416952ebd30e4ba718a9cbc9309.