

ACOLHIMENTO E CUIDADO ÀS GESTANTES, PUÉRPERAS E SEUS BEBÊS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

BELO HORIZONTE | 2025



**BELO
HORIZONTE**
P R E F E I T U R A

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Subsecretaria de Atenção à Saúde

Organização

Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Perinatal

Elaboração

Amanda Arantes Perez
Ana Cláudia da Silva Araújo
Andréia Cleide Neves da Costa
Andréia Ramos Almeida Amaral
Bárbara Arilda Fernandes Sahb Bessoni
Carolina Serravite Irrthum
Cristiane Veiga Pinto Azzi
Daisy Martins Rodrigues
Ewerton Lamounier Junior
Fernando Libanio Coutinho
Ingrid Martins Vasconcelos
Juliana Cristina de Oliveira Castro
Lussandra Viviane Faria da Costa
Maria Alice Viegas Lopes de Oliveira
Paula de Oliveira Alves
Priscilla Moreira de Oliveira
Vanessa Gomes Rogana

Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
2. ACOLHIMENTO E CUIDADO ÀS GESTANTES, PUÉRPERAS E SEUS BEBÊS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	5
3. ORIENTAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E GESTÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO NA REDE SUS-BH.....	6
3.1. Apoio institucional	6
3.2. Grupo de trabalho para apoio no cuidado às gestantes, puérperas e bebês em situação de vulnerabilidade e desproteção social na rede SUS-BH	7
3.3. Competências da referência técnica no nível central	8
3.4. Competências das referências técnicas no nível regional	9
3.5. Competências dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	10
4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE, GESTÃO DA EQUIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO	11
4.1. Gerenciamento de condição e de caso das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e desproteção social	12
5. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	13
6. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO ÀS GESTANTES, PUÉRPERAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	14
7. CONSULTÓRIO NA RUA	20
8. SAÚDE SEXUAL E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: UM OLHAR SINGULAR PARA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	21
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO I – Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade	26
ANEXO II – Projeto Terapêutico Singular	27
ANEXO III– Fluxograma EMAP-GPV	28

1. INTRODUÇÃO

A atenção integral à saúde das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e desproteção social (GPV) requer um amplo entendimento do processo saúde-doença, uma vez que, nesta população há maior prevalência de sofrimento mental e exposição a maiores riscos de saúde, sociais e pessoais, quando comparadas à população em geral.

Historicamente, as mulheres em situação de vulnerabilidade e desproteção social são consideradas incapazes de gerirem a própria vida e daqueles que estão sob sua responsabilidade. Consequentemente, muitas vezes têm seus filhos abrigados, sem que haja a oportunidade de avaliação adequada ou de obter alternativas de proteção e fortalecimento para a superação da violação de direitos e vulnerabilidades existentes no núcleo familiar e em seu contexto de vida.

Essas mulheres são, frequentemente, julgadas e discriminadas pela sociedade e pelos profissionais da saúde, e ficam aprisionadas a um saber técnico-científico, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos e expressões são marcados pelos afetos, experiências, aprendizados e memórias que interferem no seu modo de ser e de existir.

As decisões dos profissionais da saúde em relação à vida dessas mulheres, muitas vezes, divergem das apostas que elas fazem para as suas vidas. Essas mulheres têm hábitos, comportamentos, rotinas, expectativas e crenças que precisam ser levadas em consideração e respeitadas. É fundamental que o cuidado seja humanizado, centrado nas necessidades de cada mulher, de forma a ressignificar a vida, estimular os vínculos, a autonomia e a corresponsabilização pelo seu autocuidado, valorizando-a enquanto protagonista em seu processo de produção de saúde.

Observa-se que as gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade transitam simultaneamente por redes como as de saúde mental, atenção primária à saúde, maternidades, urgência e emergência, intersetoriais, acessando vários equipamentos e demandando construções singulares, contínuas de pactuações para o cuidado, tencionando os fluxos e protocolos pensados e estabelecidos para organizar a atenção à saúde no município.

Essa situação exige um trabalho em rede e uma articulação intra e intersetorial que requer a construção de intervenções coordenadas e coerentes entre si, capazes de potencializar a redução da vulnerabilidade e da desigualdade a partir da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados. Dessa forma, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) vem trabalhando em parceria com outras Secretarias e Órgãos Municipais, Estaduais e Federais e Entidades da Sociedade Civil, com vistas não só ao atendimento às necessidades em saúde, quanto numa perspectiva da garantia de direitos, inclusive ao direito ao exercício da maternidade e direito da criança à convivência familiar e comunitária.

2. ACOLHIMENTO E CUIDADO ÀS GESTANTES, PUÉRPERAS E SEUS BEBÊS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

A atenção às gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal deve ser realizada por meio da Rede Intersetorial, composta pela Rede SUS-BH/Sistema Único de Saúde e pela Rede SUAS-BH/Sistema Único de Assistência Social, dentre outros serviços, programas, projetos e benefícios desenvolvidos por outras políticas públicas em Belo Horizonte, com ações e cuidados prioritários.

Conforme o **ANEXO I**, compete a Rede de Saúde identificar, captar e vincular as gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, bem como suas parcerias, ofertando os cuidados de promoção e de atenção à saúde, inclusive a sexual e reprodutiva, saúde mental, pré-natal, parto e puerpério, com vistas à atenção integral à saúde da mulher e sua família. A porta de entrada preferencial é a Atenção Primária à Saúde (APS), que se estrutura na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Todas as gestantes do território, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, deverão ser identificadas, para oferta de atenção e vinculação ao pré-natal o mais precocemente possível. A identificação da vulnerabilidade e dos riscos sociais e pessoais ocorrerá por meio de avaliação singular de cada caso. São consideradas, potencialmente, em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, as gestantes e puérperas com sofrimento mental, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, vítimas de

violência, com trajetória de vida nas ruas, não sendo desconsideradas outras possíveis situações.

Para a análise e discussão dos casos, deverá sempre ser avaliada a condição de vulnerabilidade e risco social e pessoal da mãe, da criança e da família extensa e/ou ampliada, de modo a se optar pela conduta que melhor proporcione atenção ao caso, considerando sempre o direito à convivência familiar e comunitária.

A Constituição da República (1988), em seu artigo 6º, no Capítulo II, cita a “proteção à maternidade e à infância”, como direitos sociais. O direito à convivência familiar e comunitária da criança está respaldado por dispositivos legais nacionais e pela legislação internacional, tais como a Constituição da República de 1988, em seu artigo 227; os artigos 19 e 87 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); o artigo 19 da Convenção sobre Direitos da Criança e o relatório da Comissão Interamericana sobre Direitos de Meninos e Meninas a uma Família.

3. ORIENTAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E GESTÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO NA REDE SUS-BH

Parte-se da premissa que trabalhadores, gestores e usuários produzem cuidado nos encontros que são mediados por conhecimentos, instrumentos, formas de se relacionar, atravessados por subjetividades que também se expressam na organização dos processos de trabalho, gestão compartilhada do cuidado e vigilância em saúde. Para tanto, faz-se necessário uma parceria ativa e centrada na mulher; utilização de estratégias e ferramentas específicas para a organização, o planejamento e o monitoramento do cuidado às populações e indivíduos.

3.1. Apoio institucional

O apoio institucional busca que a gestão amplie seu papel de auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, assim como construir, experimentar, desenvolver e avaliar suas intervenções. Tem como objetivo facilitar processos, somar experiências e conhecimentos, empoderar pessoas e desenvolver a atitude de co-responsabilidade perante os processos da atenção à saúde.

A função de apoiador exige o desenvolvimento de habilidades para apoiar as equipes ao explicitar e lidar com problemas, desconfortos e conflitos, construção e utilização de ferramentas e tecnologias que auxiliem o cuidado, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

Sendo assim, a prática concreta do apoio requer sempre certa sensibilidade, abertura para a escuta e, ao mesmo tempo, capacidade de mobilizar. Implica um modo específico de fazer gestão junto a coletivos / equipes. Busca potencializar o trabalho, obviamente atentando para as direções do mesmo, sempre de acordo com os princípios do SUS e as diretrizes institucionais da Secretaria Municipal de Saúde.

O foco desse apoio é aprimorar os processos de trabalho das equipes, buscando articulações e planos de ação efetivos para o enfrentamento dos principais problemas naquele território, dentro do qual compete a participação do Centro de Saúde. Faz parte desse movimento a criação de pontes dentro da rede SUS-BH e intersetorialmente, quando necessário.

3.2. Grupo de trabalho para apoio no cuidado às gestantes, puérperas e bebês em situação de vulnerabilidade e desproteção social na rede SUS-BH

Em 2017, foi criado o Grupo de Trabalho Mulheres em Situação de Vulnerabilidade (GTMSV), com o intuito de organizar os fluxos assistenciais, as informações sobre os casos complexos encaminhados pela rede ao nível central e articular a rede em parceria com as regionais e outras secretarias. Esse grupo era constituído por equipe multiprofissional da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado (DAPS), que se propunha a prestar apoio institucional às Gerências de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE) e Centros de Saúde (CS).

Atualmente, a articulação da rede foi regionalizada, sendo gerida diretamente pelas diretorias regionais. O objetivo é que o cuidado integral à saúde das usuárias seja discutido sistematicamente por equipes interdisciplinares e intersetoriais das diretorias regionais e dos Centros de Saúde, com o apoio do nível central, possibilitando a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades da saúde da mulher/criança, a vigilância em saúde dos casos e a melhoria do cuidado em rede. Tal situação envolve um

esforço conjunto entre as instâncias de gestão dos níveis central, regional e local. Os itens abaixo descrevem as competências dos profissionais da saúde para a gestão compartilhada do cuidado.

3.3. Competências da referência técnica no nível central

- Acompanhar os casos identificados pelas referências técnicas das GAEREs;
- Estimular a construção de estratégias de cuidado centradas nas necessidades de saúde do binômio mãe-filho, em tempo oportuno e promovendo a vinculação;
- Estimular a equipe regional para a qualificação das informações, com vistas ao adequado acompanhamento dos casos, junto às diretorias, Centros de Saúde e demais dispositivos da rede, garantindo o sigilo profissional e o registro dos casos;
- Garantir espaços de discussão, formação e troca de experiências no manejo dos casos, assim como identificar e valorizar as boas práticas e estratégias bem sucedidas, compartilhando com outros territórios;
- Contribuir para a articulação da rede de proteção junto a outras políticas públicas de acordo com a singularidade e complexidade de cada caso;
- Identificar necessidades de parcerias intra e intersetoriais, contribuindo para a gestão de casos de maior complexidade clínica e psicossocial;
- Estimular a utilização de ferramentas da gestão para intensificar a vigilância em saúde e qualificação do cuidado;
- Construir material de apoio intra e intersetorial, instrumentos e ferramentas que auxiliem o registro e o acompanhamento dos casos junto aos Centros de Saúde e demais dispositivos da rede, com vistas à melhoria do cuidado em rede;
- Elaborar e qualificar instrumentos e ferramentas para o registro e acompanhamento de casos;
- Quando necessário, encaminhar os casos para discussão nos fóruns perinatais regionais e/ ou outros espaços de articulação entre os serviços, envolvendo a Maternidade de referência.

3.4. Competências das referências técnicas no nível regional

- Compartilhar com as referências técnicas no nível central, Centros de Saúde e outros dispositivos da rede, os casos identificados por outros serviços ou níveis assistenciais;
- Estimular e apoiar a elaboração e a reavaliação do PTS pelos serviços buscando estratégias para captação e vinculação, possibilitando a oferta de cuidados;
- Registrar e acompanhar os casos de gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade;
- Identificar necessidades de parcerias intra e intersetoriais, contribuindo para a gestão de casos de maior complexidade clínica e psicossocial;
- Acompanhar e verificar se as mulheres e crianças estão inseridas e vinculadas aos serviços de saúde/assistência social e demais equipamentos necessários;
- Solicitar aos Centros de Saúde e outros dispositivos da rede, a discussão dos casos não vinculados, estimulando a elaboração de PTS para cada caso ou reavaliando o PTS já elaborado;
- Promover a troca de experiências e a ampliação de possibilidades para a abordagem, apoio e acompanhamento dos casos;
- Articular recursos regionais ou solicitar articulação de recursos de outros territórios, para apoio aos Centros de Saúde na condução dos casos;
- Avaliar se a prevalência do número de casos está de acordo com o esperado nos territórios e estimular os Centros de Saúde com baixa prevalência a identificar barreiras de acesso que possam dificultar a captação e vinculação das gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade, desenvolvendo estratégias para superar as barreiras identificadas;
- Articular reuniões para a construção de casos, quando solicitado pelas equipes volantes (Consultório na Rua, EMAP-GPV, BH de Mãos Dadas, Serviço Especializado em Abordagem Social – SEAS) ou outros serviços;
- Identificar a necessidade de qualificação e articular ações para educação permanente dos profissionais, relacionados ao cuidado a esta população.

3.5. Competências dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

- Realizar a busca ativa das usuárias de sua área de abrangência e sinalizar para a GAERE e demais atores envolvidos no cuidado a mudança de território ou não localização da gestante ou puérpera, possibilitando a articulação intra e intersetorial e transferência de cuidado;
- Acolher essas mulheres quando estiverem presentes no Centro de Saúde, buscando organizar o processo de trabalho, flexibilizando agendas para atendimento e identificando o profissional com o qual a mulher tenha maior vinculação, para realizar o acolhimento e escuta qualificada sempre que oportuno;
- Reduzir barreiras de acesso devido à ausência de documento de identificação e comprovante de residência ou outras;
- Participar de reuniões de matriciamento e de discussões de caso;
- Promover, se necessário, a discussão do caso com as equipes de matriciamento no território, quais sejam: Saúde Mental, e-Multi e profissionais de apoio, com vistas ao cuidado integral e singular;
- Elaborar PTS de forma coletiva e interdisciplinar com a equipe de saúde da família (eSF), articulando o apoio matricial para os casos. Reforçar que o PTS deve ser construído junto a esta mulher, seus familiares e seus apoios sócio afetivos para potencializar a adesão aos cuidados planejados;
- Nos casos em que houver a necessidade de compartilhamento do cuidado, acionar a GAERE e outros equipamentos e serviços da rede SUS e SUAS, tais como BH de Mãos Dadas contra a AIDS, EMAP-GPV, serviços de saúde mental (CERSAM, CERSAM AD, CERSAMI e Consultório na Rua), CRAS, CREAS, PAEFI e SEAS;
- Sinalizar para as referências técnicas regionais os casos que estão sendo acompanhados no território, compartilhando informações em instrumento de monitoramento em tempo oportuno;
- Registrar as informações relevantes no prontuário eletrônico, no cartão da gestante, na caderneta da criança, no PTS e nos instrumentos de acompanhamento coletivo as informações relevantes para a vigilância dos casos, respeitando as necessidades de cada usuária/família extensa.

4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE, GESTÃO DA EQUIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A vigilância em saúde propõe uma observação constante de riscos e fatores determinantes do processo saúde-doença. Tem o objetivo de realizar intervenções que protejam a mulher e a criança, prevenindo agravos, garantindo direitos e ao mesmo tempo promovendo a saúde. Casos complexos exigem articulação intersetorial em busca da garantia do acesso aos serviços de saúde, estabelecimento do vínculo e integralidade do cuidado em rede.

Portanto, a gestão da equidade visa identificar as situações de vulnerabilidade que afetam particularmente determinados territórios e grupos populacionais, e implica no desenvolvimento e no uso de metodologias ativas de abordagem e acompanhamento familiar e no planejamento conjunto de algumas ações a serem realizadas no território, com participação das mulheres/famílias extensas envolvidas.

A noção de território vinculado à moradia do usuário é central e norteadora para a organização dos serviços de saúde. Entretanto, esse modo de organizar a oferta, considerando o território na lógica de áreas de abrangências delimitadas para Equipes de Saúde da Família (eSF), pode produzir “exclusão” e descontinuidade de cuidado, justificadas pela mudança ou movimentação das gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade para outras áreas que estão fora dos limites da área de abrangência da equipe. Esse contexto compromete especialmente o acesso ao cuidado integral de saúde e às necessidades clínicas e sociais de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Portanto, é importante refletir sobre as tensões que se constituem em torno da noção de território, sendo imprescindível que a vinculação da mulher com determinada equipe supere a lógica da organização territorial por área de abrangência. Essa tensão fica evidente quando se trata de usuárias que transitam pela cidade, que estão em situação de vida nas ruas, sem moradia fixa ou que mudam constantemente e, por isso, não se enquadram nos critérios de delimitação territorial.

A eSF com a qual a gestante ou puérpera tenha maior vinculação deve se organizar para que o atendimento aconteça de forma oportuna, quando demandarem escuta e atendimento. Propõe-se que, em algumas situações, o atendimento seja realizado de maneira

conjunta por profissionais de saúde das diversas áreas, considerando suas especificidades e suas competências.

Para o adequado planejamento das ações, a eSF precisa estratificar o risco da sua população para priorizar ações de saúde e a coordenação do cuidado, por meio da utilização das ferramentas da gestão clínica, tais como o gerenciamento de condição e de caso.

4.1. Gerenciamento de condição e de caso das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e desproteção social

As gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade e desproteção social devem receber, além do apoio ao autocuidado, uma atenção mais intensiva dos profissionais de saúde, pois são casos altamente complexos e singulares.

É fundamental que essas práticas sejam humanizadas, pautadas na lógica da redução de danos e centradas nas necessidades de cada mulher, de forma a estimular os vínculos, a autonomia e a corresponsabilização pelo seu autocuidado, valorizando-a enquanto protagonista em seu processo de produção de saúde.

O gerenciamento territorial dos casos tem por objetivo o monitoramento do cuidado ofertado às gestantes, puérperas e bebês em situação de vulnerabilidade; permitir uma assistência no cuidado materno-infantil; prevenir complicações, favorecendo o tratamento precoce no cuidado centrado nas necessidades da mulher, respeitando suas escolhas e estimulando o autocuidado de forma apoiada; contribuir para as intervenções intra e intersetoriais em tempo oportuno; melhorar a situação da saúde das mulheres e seus bebês, reduzindo as iniquidades, por meio da construção de intervenções coordenadas e coerentes entre si, capazes de potencializar a redução da vulnerabilidade e da desigualdade; fortalecer o acesso das mulheres em situação de vulnerabilidade e de suas famílias extensas aos serviços intra e intersetoriais, melhorando sua condição de vida, de saúde e garantindo o direito à maternidade; estabelecer e fortalecer os vínculos entre as mulheres, equipamentos de saúde, a rede de apoio e família extensa e tornar possível uma extração eficiente de dados para a produção de relatórios epidemiológicos e gerenciais, visando o planejamento do cuidado em rede.

5. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Frequentemente, as gestantes em situação de vulnerabilidade têm dificuldades para procurar o atendimento de pré-natal por medo do julgamento a que são submetidas, por preocupações com questões legais que envolvem, por exemplo, os serviços de proteção à infância, por controle de companheiros abusivos ou por dificuldade de adaptação às rotinas complexas dos Centros de Saúde. Esses fatores podem atrapalhar a construção de relações de confiança com os profissionais de saúde, o que impede o compartilhamento de informações importantes para o cuidado. Cuidar destas mulheres durante a gestação pode exigir mais tempo e flexibilidade dos profissionais para facilitar a adesão e melhorar o cuidado ofertado a elas.

O cuidado integral à saúde dessas usuárias deve ser discutido sistematicamente por equipes interdisciplinares e intersetoriais, possibilitando a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS - **ANEXO II**) adequado às necessidades de saúde da mulher e da criança. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a partir da discussão coletiva entre os profissionais envolvidos no caso e da escuta das necessidades e desejos da mulher e de sua família extensa.

A construção de uma relação de confiança com essas mulheres favorece a vinculação com a rede de saúde, e esse laço é o que possibilita a continuidade do cuidado. Por isso, é fundamental reconhecer a singularidade de cada caso; fazer as abordagens de maneira acolhedora, respeitosa, empática e sensível; evitar julgamentos e críticas e guardar o sigilo das informações confiadas aos profissionais.

É importante designar um gestor de caso local - independentemente da categoria profissional - com o qual a usuária tenha o melhor vínculo. Esse gestor tem a função de acompanhar e monitorar as ações, além de trabalhar para que elas sejam compartilhadas de forma organizada e efetiva. São atribuições do gestor de caso local:

- Participar da construção do PTS e da reavaliação do mesmo, com vistas ao cuidado integral e abrangente à mulher, gestante, puérpera, criança e família extensa;
- Acompanhar a adesão às etapas do PTS e articular quando necessário a reavaliação do mesmo;

- Articular, junto ao gerente do Centro de Saúde e outros equipamentos da rede, as ações previstas no plano de cuidado da mulher e da criança;
- Identificar as dificuldades para acesso e vinculação da mulher, em parceria com a eSF, e promover estratégias para reverter estas barreiras;
- Promover, junto aos colegas de equipe do Centro de Saúde, a empatia e compreensão acerca das dificuldades da mulher e da família extensa para adesão às ações propostas, buscando assegurar o cuidado;
- Informar à GAERE, quando solicitado, sobre o acompanhamento dos casos;
- Fazer agendamentos de consultas mais próximos;
- Garantir as consultas, mesmo diante de atrasos;
- Evitar postergar intervenções, como consultas e exames, aproveitando a presença da mulher no Centro de Saúde.

A construção e monitoramento do PTS contribui para integralidade e longitudinalidade do cuidado, bem como para o respeito às escolhas da mulher a partir de práticas assistenciais centradas nas suas necessidades e no autocuidado apoiado.

As equipes volantes e os demais equipamentos, quando necessário, devem ser acionados como rede de cuidado e proteção às gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade clínica, pessoal e social, e devem participar da discussão, matriciamento dos casos e construção conjunta do PTS.

6. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO ÀS GESTANTES, PUÉRPERAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Em 2018, a Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade (EMAP-GPV) foi implementada na rede SUS-BH para fortalecer a vinculação e ampliar o acesso das gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade aos equipamentos e serviços da rede intra e intersetorial, visando o cuidado e acompanhamento longitudinal dos casos pelas eSF e outros equipamentos e níveis de atenção que se fizerem necessários.

A EMAP-GPV é uma equipe volante, constituída por profissionais da enfermagem, psicologia e serviço social, que realiza a abordagem dos casos com vínculos inexistentes ou frágeis com a rede.

Essa equipe atua como apoio, realizando a articulação entre os diversos pontos de cuidado da rede SUS, incluindo as maternidades, rede SUAS e outras parcerias intersetoriais. É importante destacar que a EMAP-GPV não substitui a coordenação e o acompanhamento longitudinal pelas eSF, ela é mais um equipamento de apoio para fortalecer o cuidado em rede.

6.1. Público alvo / Critérios de elegibilidade

A equipe atende gestantes, a partir da 20ª semana e puérperas residentes de Belo Horizonte, que se encontrem nas seguintes situações de vulnerabilidade:

- Sem vinculação com o Centro de Saúde ou com vínculo fragilizado com a rede SUS-BH; com histórico de mudança de território/regional;
- Somado a: vínculos familiares rompidos ou fragilizados; ou que estejam em situação de rua, que tenham histórico recente de vida nas ruas ou que residam em moradia improvisada, muito precária e ainda sem acompanhamento da rede; ou que estejam em uso prejudicial de álcool e outras drogas; ou em sofrimento mental grave; ou em situação de violência.

O prazo de acompanhamento é de até 42 dias após o parto, excepcionalmente, por maior tempo, com prazo máximo de até seis meses.

6.2. Território de atuação / Equipe

A EMAP-GPV atua nas nove regionais de Belo Horizonte: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. A equipe é composta por dois profissionais da Psicologia, com carga horária de 20 horas semanais cada; um profissional do Serviço Social com carga horária de 30 horas semanais e um Enfermeiro com carga horária de 40 horas semanais.

6.3. Atribuições da EMAP-GPV

- Realizar o acolhimento à gestante/puérpera em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal;
- Realizar visitas domiciliares;
- Facilitar e fortalecer a vinculação entre a gestante/puérpera com a rede de saúde (Centros de saúde, Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM, Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas - CERSAM AD, Consultórios de Rua, Serviço Especializado em Abordagem Social - SEAS, Gerências de Assistência, Epidemiologia e Regulação e Maternidades);
- Mediar a relação e a vinculação entre a gestante/puérpera com a equipe de saúde;
- Realizar discussões de casos com a rede de saúde;
- Oportunizar planejamento reprodutivo através de orientação e parceria com os Centros de Saúde;
- Participar de reuniões periódicas do Grupo de Trabalho das Mulheres em Situação de Vulnerabilidade, com a finalidade de repasse dos casos acompanhados e para discussão de manejo clínico e social;
- Identificar e mediar conflitos vivenciados nas esferas familiar e social;
- Fomentar o cuidado humanizado com a gestante/puérpera, priorizando a singularidade de cada paciente, com suas histórias e as repercussões emergidas em seu contexto;
- Construir com a rede de atendimento SUS-BH o Projeto Terapêutico Singular (PTS) levando em consideração as particularidades de cada caso;
- Viabilizar o fortalecimento de vínculos afetivos entre a mãe e bebê, como também com o circuito familiar;
- Fortalecer a autonomia e autopercepção da gestante/puérpera em seus cuidados, visando a promoção da saúde;
- Promover intervenções na Rede de Atenção à Saúde (RAS) visando sensibilizar os profissionais a criar um espaço de escuta do processo de subjetivação e da história de vida, bem como a dinâmica social da mãe, bebê e arranjo familiar;
- Amplificar os diversos saberes profissionais dentro da equipe multiprofissional que atua no atendimento à gestante, puérpera e seus bebês, como dispositivos de acolhimento, buscando a construção multidisciplinar (clínica ampliada).

6.4. Fluxo de atendimento da EMAP-GPV

- RECEBIMENTO DOS CASOS: Os casos acompanhados pela EMAP-GPV são encaminhados pelos equipamentos da rede de cuidado que acompanham a gestante / puérpera via formulário do *google forms* <https://forms.gle/NjT13TxJGizvWDye8>
- DISCUSSÃO DA EQUIPE: Após conhecimento do caso pela EMAP-GPV, há a discussão interna com os profissionais da equipe para validação da entrada da EMAP-GPV no caso para acompanhamento de acordo com o **ANEXO III**;
- CONSULTA AO SISTEMA INFORMATIZADO DA SAÚDE: Verificação no sistema (prontuário eletrônico da gestante ou puérpera) do histórico de consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, vacinação, planejamento reprodutivo e demais acompanhamentos;
- ATENDIMENTOS NAS MATERNIDADES: Atendimento à gestante/puérpera antes da alta hospitalar para a construção de vinculação;
- VISITAS DOMICILIARES: As visitas domiciliares são realizadas, preferencialmente, com dois profissionais da equipe (Psicologia/Serviço Social/Enfermagem) ou com profissional de saúde da Rede de Atenção SUS-BH.
- DISCUSSÃO EM REDE: Durante o acompanhamento da EMAP-GPV, são realizadas discussões presenciais ou *on-line* com os demais equipamentos da rede que acompanham a paciente;
- PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: Durante o acompanhamento da EMAP-GPV é confeccionado esse documento (ANEXO I), que se configura como um plano de cuidado construído em conjunto com toda a rede de atendimento e a mulher, direcionado para cada caso específico.

6.5. Critérios para alta do acompanhamento da EMAP-GPV

Para o encerramento do acompanhamento do caso são avaliados: início de construção ou fortalecimento de vínculo com serviço de saúde; realização de consulta de pós-parto; realização de consulta de puericultura; presença de suporte familiar ou comunitário à mãe e bebê.

6.6. Critérios para transferência responsável do cuidado da puérpera/RN pela EMAP-GPV para a eSF

A transferência responsável do cuidado da puérpera/RN da EMAP-GPV para a eSF ocorre durante o período puerperal (até o 42º dia), podendo ser estendido, conforme necessidade de fortalecimento de vinculação da mulher com a rede de cuidado que a acompanha e família extensa.

Após discussões do caso com a eSF, profissionais de apoio envolvidos, rede SUAS, realização de visitas domiciliares, construção conjunta do PTS, percepção de estreitamento de vínculos e adesão às ações propostas pelo núcleo familiar, a EMAP-GPV avalia a realização da transferência responsável do cuidado para a eSF.

O **quadro 1** apresenta as possíveis situações, bem como, os critérios para a efetivação da transferência responsável do cuidado ou desligamento do caso da EMAP-GPV.

Quadro 1 Critérios para transferência responsável do cuidado ou desligamento da puérpera/RN pela EMAP-GPV

MÃE/FAMÍLIA EXTENSA E BEBÊ	● Avaliação do envolvimento do núcleo familiar com a eSF. ● Adesão do núcleo familiar às ações do PTS. ● Acompanhamento do binômio pela eSF: realização da visita domiciliar à mulher e ao bebê até 72h após o parto e o comparecimento do binômio ao Centro de Saúde para realização das ações do 5º dia, observando principalmente: ▪ Abordagem à saúde sexual e planejamento reprodutivo; ▪ Realização do teste do pezinho e conferência se os demais testes neonatais foram realizados, bem como o agendamento/ repetição dos testes que forem necessários; ▪ Situação vacinal; ▪ Agendamento da consulta puerperal;
---------------------------------------	--

	▪ Acompanhamento da efetivação das consultas de puericultura, pós-parto e a introdução de método contraceptivo de escolha da mulher. • Acompanhamento da vinculação da paciente na rede de saúde mental, quando necessário.
CASOS DE ÓBITO DO BEBÊ, ABORTAMENTO/ DECESSO FETAL	• Realização de visita domiciliar e/ou discussão do caso para transferência do cuidado para rede de cuidado que a acompanha. • Avaliação da mãe após aborto, decesso fetal ou óbito do bebê, realizando encaminhamento para continuidade dos cuidados em saúde mental na rede, se necessário. • Abordagem à saúde sexual e planejamento reprodutivo.
MUDANÇA DE ENDEREÇO/ALTA ADMINISTRATIVA	• Mudança de município: transferência responsável do cuidado para a rede SUS do município informado. Será realizada alta administrativa da EMAP-GPV: • Famílias não localizadas pela rede de cuidado que a acompanham no território de Belo Horizonte ou sem informação nos sistemas da saúde ou assistência social ou por parte da família extensa e comunidade após: ▪ Uma tentativa de busca ativa pela EMAP-GPV ou Centros de Saúde: mudança de endereço sem informações do paradeiro da paciente pela rede, família ou comunidade. ▪ Duas tentativas de busca ativa pela EMAP-GPV ou Centros de Saúde: casos em que há informações sobre paradeiro da paciente pela rede, família ou comunidade dentro do município. • Famílias que recusam o acompanhamento da EMAP-GPV.

SITUAÇÃO DE VIDA NAS RUAS	• Casos de situação de rua ou retorno para situação de vida nas ruas, sem possibilidade de apoio da EMAP-GPV junto à família ou à rede: realização de transferência responsável do cuidado para as equipes do Consultório de Rua, BH de Mãos Dadas Contra a AIDS, Centro Pop Mulher ou SEAS e demais equipamentos da rede.
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DO BEBÊ	• Orientações sobre atendimento da Defensoria Pública. • Discussão do caso junto a Unidade de Acolhimento Institucional (UAI) onde o bebê estiver abrigado. • Orientação sobre direito às visitas ao bebê na UAI e continuidade do aleitamento materno na UAI. • Acompanhamento do fortalecimento do vínculo do binômio e família extensa com a rede SUS-BH. • Oferta de acompanhamento psicológico pela rede de saúde. • Abordagem à saúde sexual e planejamento reprodutivo.

O encerramento do acompanhamento dos casos pela EMAP-GPV será comunicado via *e-mail* aos envolvidos, especialmente para o Centro de Saúde de referência. No *e-mail* serão informados os critérios utilizados pela equipe para transferência responsável do cuidado para a eSF ou para desligamento do caso e ações desenvolvidas durante o acompanhamento.

7. CONSULTÓRIO NA RUA

O Consultório na Rua (CnaR) atua de forma itinerante pelos territórios, por meio de uma van, com oferta *in loco* de atendimento em saúde, acolhimento, escuta qualificada e humanizada às pessoas em situação de rua com demanda espontânea, avaliação de risco de pessoas com queixas clínicas e planejamento de cuidados em saúde a partir das possibilidades de cada caso. Além das ofertas alinhadas com a APS, o dispositivo aprimora suas abordagens

e metodologia de trabalho incorporando outras ofertas, a partir de um conceito ampliado de saúde.

Cada equipe multiprofissional é constituída por um psicólogo, um enfermeiro, dois assistentes sociais, um médico generalista, um arte-educador, um redutor de danos e um motorista. A equipe atua em campo, prioritariamente, de 2ª a 6ª feira, de 14h às 20h, com carga horária assistencial de 30 horas semanais.

O CnaR tem uma função importante de apoio e vinculação das pessoas em situação de rua com os serviços da rede de saúde do município, construindo estratégias de cuidado em saúde para as mulheres em situação de vulnerabilidade e desproteção social. As equipes se deslocam aos locais com maior concentração de população em situação de rua na cidade e até às casas de uso, realizando o acolhimento dos sujeitos que ali se encontram, articulando os diversos pontos da rede para a garantia do cuidado, em vista a singularidade de cada caso, e oferecendo cuidado na perspectiva da redução de danos e direcionamentos para as demandas que essa população apresenta.

8. SAÚDE SEXUAL E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: UM OLHAR SINGULAR PARA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

A saúde sexual, segundo a Organização Mundial de Saúde pode ser descrita como:

“A habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis, de gestações não planejadas e livre de imposições, violência e discriminações. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima. Para tanto, é importante a abordagem positiva da sexualidade humana e o estímulo ao respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria de cada pessoa, estimula o prazer e respeita a autonomia da pessoa”. (OMS, Conferência de Cairo; 1994).

A saúde sexual e o planejamento reprodutivo são pontos fundamentais a serem abordados junto às mulheres em situação de vulnerabilidade pessoal e risco social. Conversar sobre as expectativas e projetos de vida durante o pré-natal (momento ideal), após o nascimento do bebê, aborto ou decesso fetal é importante para que as mulheres tenham acesso à informação e aos métodos contraceptivos que desejarem, associados ao método de barreira para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

É essencial que essas mulheres e seus parceiros sejam sensibilizados para a realização do planejamento reprodutivo de modo consciente e de livre escolha, e é papel da eSF, bem como demais equipamentos da saúde, realizar essa abordagem de modo claro e efetivo.

A experiência de acompanhamento mais próximo de gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade/desproteção evidenciou as dificuldades que estas mulheres encontram para acesso efetivo às orientações sobre a saúde sexual e reprodutiva. Dificuldades relacionadas ao modo de vida, com poucas rotinas estruturadas, ausência de endereço fixo, medo de julgamentos e preconceitos, assim como as barreiras reais de acesso aos serviços de saúde devido às rotinas rígidas e pouco flexíveis.

Dessa forma, é frequente a ocorrência de uma gravidez não planejada, mesmo quando a mulher expressa a vontade de realizar a contracepção. Nesse contexto, o fortalecimento e a ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo constituem-se como potentes estratégias para prevenir uma gravidez indesejada ou de alto risco, permitindo que a mulher ou o casal escolha o método que lhe seja mais conveniente e que atenda ao momento em que desejarem engravidar. Isso requer rotinas mais flexíveis e profissionais mais sensíveis.

Em todas as abordagens a mulher será acolhida, terá suas necessidades de saúde avaliadas, e sendo oportuno, será ofertado também o tratamento para outras necessidades que forem identificadas, inclusive abordagem para redução de danos, no caso de uso prejudicial de álcool e outras drogas. Além disso, serão oferecidos a testagem rápida das principais infecções sexualmente transmissíveis (hepatites B e C, sífilis e HIV) e a coleta de exame citopatológico. Em caso de queixa ginecológica, a mesma será avaliada e tratada.

Antes de iniciar o uso do método contraceptivo, a mulher deverá ser adequadamente orientada, preferencialmente, pelo Centro de Saúde de referência e/ou por outros equipamentos da saúde em que ela possui vinculação. Essa orientação deverá abranger informações acuradas sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis na rede SUS-BH: pílulas, injetável mensal, injetável trimestral, dispositivo intrauterino (DIU T cobre) e método cirúrgico (desde que a mulher preencha os critérios legais e tenha o desejo). Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a "escolha livre e informada" e o protagonismo da mulher.

É importante lembrar, que temos disponível também, a contracepção de emergência – Levonorgestrel 0,75 mg – cartela com dois comprimidos que devem ser administrados em dose única, o mais precoce possível após a relação sexual desprotegida (no máximo até 72 horas após a relação). Não deve ser utilizada de forma rotineira.

O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativa individualizado. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos da mulher para que ela tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. A mulher deverá ser orientada sobre o funcionamento do método e sobre a sua eficácia.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA. Revista Saúde em Redes. V.4, Suplemento 1, 2018. ISSN 2446-4813.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: Diretrizes técnicas para o trabalho, 2019, p.68.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo de Planejamento Sexual e Reprodutivo 2025, p.56. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2025/28-02-2025_smsa_planejamento-seuxual.pdf

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo de Pré-natal e Puerpério, 2ªed., 2019, p.134. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo_pre-natal_perperio-14-06-2019.pdf

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gestão do Cuidado no Território, 2016, p.59.

BRASIL. Lei 14.443, de 02 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva : os homens como sujeitos de

cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 56 p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Nota técnica conjunta: direitos de mães e bebês ao tratamento em liberdade. Disponível em: <https://crp04.org.br/nota-tecnica-conjunta-direitos-de-maes-e-bebes-ao-tratamento-em-liberdade/>.

FILHO, Serafim Barbosa Santos. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface. Botucatu. 2014; 18 Supl 1:1013-25.

GONÇALVES, Cristiane de Paula et al. Equipe Multiprofissional De Apoio Às Gestantes, Puérperas E Seus Bebês Em Situação De Vulnerabilidade (EMAP-GPV): relato de experiência de belo horizonte. In: Anais do I Congresso Internacional de Gestão de Serviços de Saúde. Belo Horizonte(MG) UFMG, 2019. Disponível em: <[https://www.even3.com.br/anais/cgss/109743-EQUIPE-MULTIPROFISSIONAL-DE-APOIO-AS-GESTANTES-PUERPERAS-E-SEUS-BEBES-EM-SITUACAO-DE-VULNERABILIDADE-\(EMAP-GPV\)->](https://www.even3.com.br/anais/cgss/109743-EQUIPE-MULTIPROFISSIONAL-DE-APOIO-AS-GESTANTES-PUERPERAS-E-SEUS-BEBES-EM-SITUACAO-DE-VULNERABILIDADE-(EMAP-GPV)->). Acesso em: 21/02/2020 14:25 ISBN 978-85-54827-03-8.

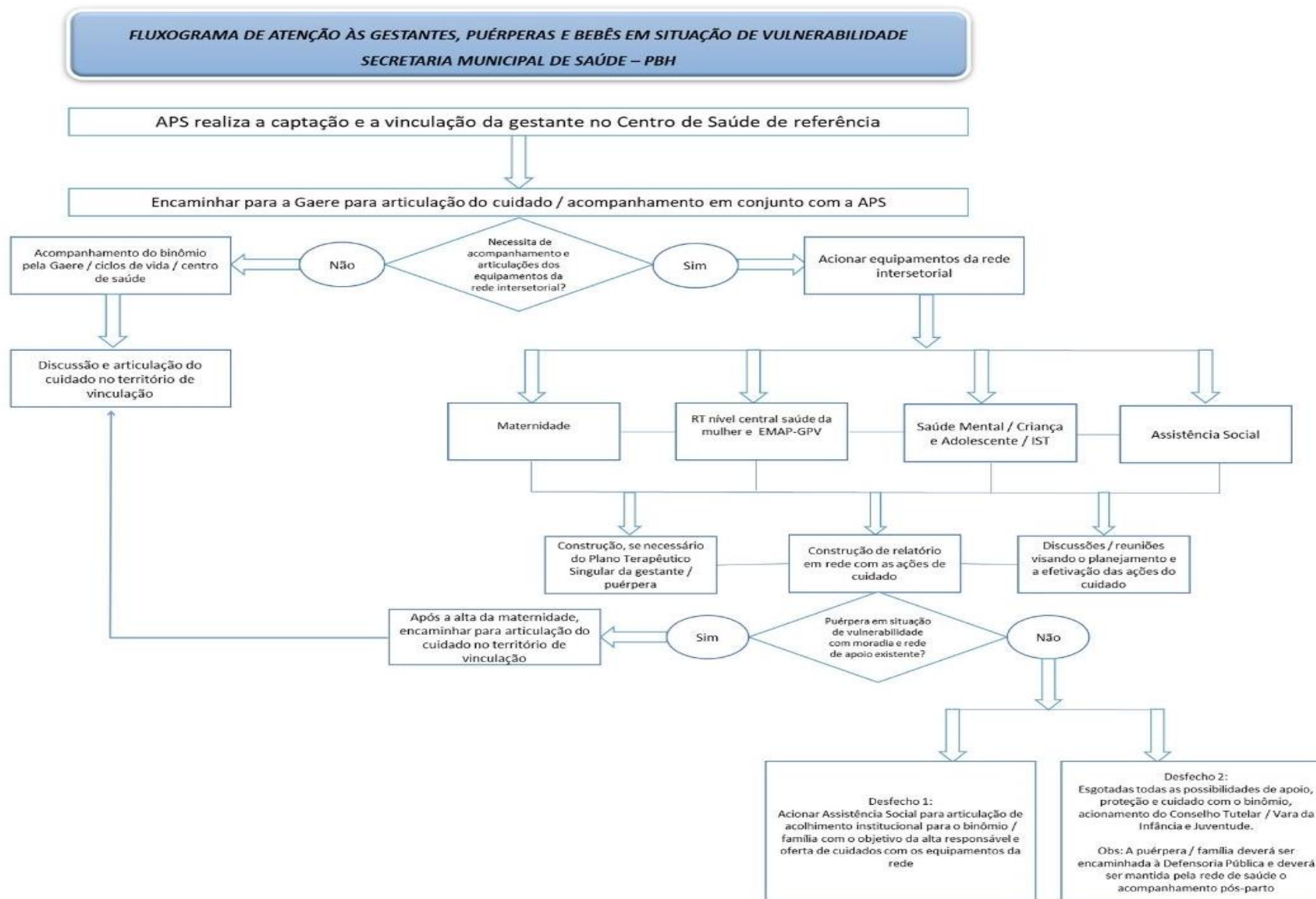
MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. 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.

SILVA, Kênia Lara; MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso; FERREIRA, Vinícius Lana. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. P 91-99.

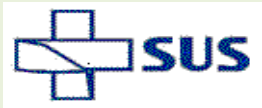
SILVA, Kênia Lara; MAGALHÃES, Roberta Viegas; FERREIRA, Vinicius Lana; CAPISTRANO, Danielle. Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado.

ANEXO I – Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade





ANEXO II – Projeto Terapêutico Singular

Secretaria Municipal de Saúde			
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE CUIDADO À GESTANTE E/OU PUÉRPERA EM EXTREMA VULNERABILIDADE E/OU RISCO SOCIAL SUS-BH			
IDENTIFICAÇÃO			
Nome Social: Nome da Gestante/Puérpera:		PE: DN:	
Localização/endereço:		ACS:	
Centro de Saúde:	Equipe:	DRES:	
Profissional de Referência do caso:			
Beneficiária do Programa Bolsa Família: ☐ SIM ☐ NÃO		NIS:	
AValiação familiar			
Fatores de proteção			
Fatores de proteção identificados pela equipe (Rede de apoio):			
Fatores de proteção identificados pela gestante ou puérpera (familiares, pessoas de referência e/ou contatos):			
DESEJO DA GESTANTE OU PUÉRPERA DE PERMANECER COM SEU BÊBE			
☐ Presente ☐ Ausente			
APOIO DO PROGENITOR OU DA FAMÍLIA EXTENSA:			
HISTÓRICO RELEVANTE RESUMIDO:			
BREVE RELATO DAS AÇÕES E CUIDADOS JÁ REALIZADOS:			
NECESSIDADE IDENTIFICADA:			
CUIDADO			
Ações de cuidado planejadas para enfrentamento dos problemas			
Ação	Integrante	Responsável	Prazo
DATA: __/__/__			

ANEXO III– Fluxograma EMAP-GPV

FLUXOGRAMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE (EMAP -GPV) – SMSA / PBH

IDENTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E VINCULAÇÃO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, RISCO PESSOAL E SOCIAL PELA REDE SUS / SUAS

RECEBIMENTO DO CASO VIA FORMULÁRIO GOOGLE FORMS / CONTATO TELEFÔNICO / EMAIL.

AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- A partir da 20ª semana de gestação até 42 dias pós parto;
- Sem vinculação com o Centro de Saúde ou com vínculo fragilizado com a rede SUS-BH; com histórico de mudança de território/regional;
- Somado a: vínculos familiares rompidos ou fragilizados ou que estejam em situação de rua, que tenham histórico recente de vida nas ruas ou que residam em moradia improvisada, muito precária e ainda sem acompanhamento da rede; ou que estejam em uso prejudicial de álcool e outras drogas; ou em sofrimento mental grave; ou em situação de violência.

