

PROTOCOLO CONASS - CBO:

SAÚDE OCULAR NA GESTAÇÃO

Componente Materno do Protocolo de Saúde Ocular
Materno-Infantil na Planificação da Atenção à Saúde (PAS)





CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Incluir lista de representantes CONASS

Presidente: Dra Tânia Mara

etc



CONSELHO
BRASILEIRO DE
OFTALMOLOGIA

Presidente

Maria Auxiliadora Monteiro Frazão

Vice-Presidente

Daniel Alves Montenegro

Secretário-Geral

Mauro Goldbaum

Segundo Secretário

Frederico Valadares de Souza Pena

Tesoureiro

Lisandro Massanori Sakata

Segunda Tesoureira

Cláudia Galvão Pedreira

Incluir uma outra página para autores
(Carol vai enviar lista)



1. Apresentação	4
2. Objetivo do protocolo	4
3. Escopo e população-alvo	5
4. Base metodológica na planificação (PAS)	6
5. Definições operacionais	6
6. Papéis e responsabilidades	7
7. Identificação e captação: o início do cuidado ocular na gestação na APS	8
8. Estratificação de risco ocular da gestante	9
9. Linha de cuidado ocular da gestante - desenho operacional	10
10. Plano de cuidado	11
11. Integração APS - AAE: padrão mínimo de comunicação	12
12. Segurança do paciente e gestão de riscos	13
13. Monitoramento e indicadores (mínimos e replicáveis)	13
 Anexos	 14
Anexo 1: Triagem ocular na gestante (TOG)	15
Anexo 2: Critérios de encaminhamentos e prioridades (APS > AAE)	16
Anexo 3: Plano de cuidado – Saúde Ocular da Gestante	17
Anexo 4: Rotina de busca ativa (ACS / APS)	18
Anexo 5: Fluxo da linha de cuidado em Saúde Ocular da Gestante	20



1. Apresentação

A saúde ocular na gestação é componente estratégico do cuidado materno por três razões principais:

- 1 **Condições crônicas e fatores de risco** (com destaque para diabetes e hipertensão) que podem causar agravos oculares com repercussão funcional e risco aumentado de complicações;
- 2 **Condições agudas**, como a soroconversão para infecções do grupo TORCH + Zika (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, zika vírus), durante a gestação, associadas a importante risco de repercussão ocular fetal e neonatal;
- 3 A gestação é uma janela oportuna para **captação precoce, estratificação de risco e longitudinalidade**, fortalecendo o papel coordenador da APS;
- 4 A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) oferece o método para organizar fluxos, rotinas, registros e integração da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), na lógica de microssistema clínico APS - AAE e decisões ancoradas em diretrizes.

Este protocolo é **organizativo e operativo**: define “quem faz o quê”, “quando”, “como registra”, “quando compartilha o cuidado” e “como monitora”, articulando a linha de cuidado materna com a rede de atenção à saúde.



2. Objetivo do protocolo

2.1 Objetivo geral

Organizar o cuidado em saúde ocular no pré-natal e no puerpério, garantindo a identificação oportuna do risco ocular, a estratificação de risco, a elaboração do plano de cuidado e a integração entre a APS e a AAE, conforme a PAS, considerando tanto as condições crônicas quanto eventos agudos relevantes ocorridos durante a gestação que modificam o risco materno-infantil.

2.2 Objetivos específicos

Implantar rotina de **identificação e estratificação do risco ocular em gestantes** como parte do macroprocesso de atenção às condições crônicas não agudizadas, incorporando a identificação de eventos agudos relevantes ocorridos durante a gestação, como a soroconversão para infecções do grupo TORCH + Zika, quando estes **implicarem modificação do risco materno-infantil e reorganização do cuidado**.



- 1 Definir **linha de cuidado da gestante**, com momentos críticos, conectando cuidado clínico e organização de rede.
- 2 Entende-se por **linha de cuidado** o conjunto de recomendações sistematicamente desenvolvidas a fim de prestar a atenção necessária à condição de saúde em questão, em todo o percurso do usuário no sistema de saúde, desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação, criando um fluxo contínuo e integrado.
- 3 Implantar **plano de cuidado** para gestantes de risco moderado e alto, como tecnologia central da gestão do cuidado.
- 4 Instituir **monitoramento** com indicadores mínimos e devolutiva para ciclos de melhoria no âmbito das oficinas tutoriais.



3. Escopo e população-alvo

3.1 População-alvo

- **Todas as gestantes** acompanhadas na APS (pré-natal).
- **Subpopulação prioritária:** gestantes com condições crônicas e/ou vulnerabilidades que elevam risco ocular:
 - » Diabetes mellitus (DM1 ou DM2) e/ou diabetes mellitus gestacional (DMG);
 - » Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG);
 - » Histórico pessoal de doença ocular relevante (glaucoma, uveítes, retinopatias, ceratocone, descolamento de retina, etc);
 - » TORCH + Zika
 - » Queixas visuais relevantes no ciclo gravídico-puerperal.
- **Subpopulação de interesse para o cuidado:** mulheres em idade fértil com condições de saúde ocular que demandam orientações específicas relacionadas ao planejamento reprodutivo, ao uso de medicamentos e à organização do cuidado antes da gestação.

3.2 Pontos de atenção envolvidos

- **APS (eSF/ eMulti):** porta de entrada, coordenação do cuidado e longitudinalidade.
- **AAE:** avaliação oftalmológica/ interconsulta e apoio educacional/ supervisional.
- **Rede hospitalar/ maternidades:** quando houver urgência de avaliação clínica e/ou necessidade de procedimentos.

A integração APS - AAE deve operar com **compartilhamento do cuidado** e circulação de formulários/ planos de cuidado, havendo necessidade de se buscar estratégias para essa comunicação.



4. Base metodológica na Planificação (PAS)

4.1 Estratificação de risco e gestão do cuidado

A PAS orienta que, uma vez identificadas as pessoas com condições crônicas e estratificadas por risco, organiza-se o cuidado conforme o estrato e as metas terapêuticas, com vistas à estabilização clínica, metabólica e funcional.

No contexto do cuidado à gestante, a estratificação de risco orienta a organização do cuidado das condições crônicas. Eventos agudos relevantes ocorridos durante a gestação, como a soroconversão para infecções do grupo TORCH + Zika, devem ser avaliados por meio de classificação de risco e podem implicar reclassificação do percurso assistencial materno-infantil, com reorganização do cuidado e intensificação do acompanhamento.

4.2 Organização das linhas de cuidado e plano de cuidado

A PAS orienta o desenho da linha de cuidado da condição prioritária (a gestação) evidenciando os momentos críticos do cuidado, desde a captação até o puerpério, e definindo critérios de compartilhamento do cuidado para as gestantes classificadas como de risco moderado e alto risco com a AAE.

Nesse desenho, tanto as condições crônicas quanto eventos agudos relevantes durante a gestação, a exemplo das infecções do grupo TORCH + Zika, são considerados elementos que podem redefinir o percurso assistencial, a intensidade do acompanhamento e a necessidade de elaboração e monitoramento do plano de cuidado, sempre com a pessoa no centro da atenção.



5. Definições operacionais

- **Risco ocular na gestação:** probabilidade aumentada de ocorrência de agravo ocular na gestante ou de necessidade de avaliação oftalmológica especializada, decorrente de condições sistêmicas crônicas (como diabetes e hipertensão), de eventos agudos relevantes ocorridos durante a gestação que alteram o risco materno-infantil, a exemplo das infecções do grupo TORCH + Zika, pré-eclâmpsia e DHEG, de histórico ocular prévio, da presença de sinais ou sintomas de alerta, ou de vulnerabilidades clínicas e sociais.
- **Risco ocular no período pré-gestacional:** probabilidade aumentada de agravo ocular ou de necessidade de avaliação oftalmológica especializada em mulheres em idade fértil com condições de saúde ocular relevantes, em razão do potencial impacto dessas condições sobre a gestação, o planejamento reprodutivo, o uso de medicamentos e a organização do cuidado antes da concepção.



- **Estratificação de risco:** processo sistematizado de classificar indivíduos em diferentes níveis de risco (baixo, médio e alto) para uma determinada condição de saúde, permitindo manejo adequado, personalizando o cuidado e focando na atenção onde ela é mais necessária.
- **Plano de cuidado:** instrumento pactuado com a usuária e a equipe, com metas, responsabilidades, periodicidade e monitoramento.
- **Compartilhamento do cuidado APS - AAE:** manejo conjunto, com interconsulta/ apoio especializado e retorno pactuado, sustentando microssistema clínico APS - AAE.



6. Papéis e responsabilidades

6.1 APS (eSF/eMulti)

- 1 **Captação e identificação** de gestantes e subpopulações prioritárias.
- 2 **Aplicar estratificação de risco ocular** na primeira consulta e reavaliar em momentos-chave.
- 3 **Registrar estrato e condutas** no prontuário e no instrumento local (planilha/registro coletivo).
- 4 **Elaborar e monitorar plano de cuidado** para médio e alto risco (com AAE quando aplicável).
- 5 **Solicitar/ intermediar compartilhamento** com AAE conforme critérios; garantir contrafluxos.
- 6 **Educação em saúde** e autocuidado apoiado (sinais de alerta ocular, adesão às consultas e exames).
- 7 **Busca ativa** para faltosos e coordenação com ACS.

6.2 AAE (Oftalmologia e equipe multiprofissional)

- 1 Realizar avaliação especializada conforme prioridade e critérios de risco.
- 2 Devolver à APS **conduta, periodicidade e metas**, permitindo continuidade longitudinal da condição de saúde.
- 3 Atuar com funções educacional e supervisional (matriciamento e apoio ao manejo/organização da linha de cuidado).

6.3 Gestão/ coordenação (municipal/ regional)

- 1 Pactuar agenda e fluxos de encaminhamento, evitando filas “sem risco”.
- 2 Monitorar a cobertura da estratificação e taxa de compartilhamento adequado (risco moderado e alto risco).
- 3 Sustentar rotinas de avaliação dos macroprocessos e plano de ação no ciclo de tutoria.



7. Identificação e captação: o início do cuidado ocular na gestação na APS

7.1 Momento 1: Primeira consulta do pré-natal (obrigatório)

Na primeira consulta do pré-natal, deve ser aplicada a **Triagem Ocular na Gestante (TOG)** (Anexo 1), como parte da avaliação inicial do cuidado, contemplando:

- investigação de **sintomas oculares**;
- levantamento de **história ocular e fatores de risco**;
- identificação de condições clínicas associadas.

Na presença de queixas oculares, deve-se realizar **avaliação clínica mínima na APS**, pelo médico de saúde da família, conforme a capacidade instalada, incluindo:

- aferição da acuidade visual;
- inspeção ocular externa;
- registro por imagem dos segmentos anterior e posterior dos olhos (retinografia);
- identificação de sinais de alerta.

Situações especiais:

Para gestantes com condições crônicas prévias, como diabetes mellitus, hipertensão arterial de difícil controle, glaucoma e doenças reumatológicas (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico e artrite idiopática juvenil), o **compartilhamento do cuidado e o encaminhamento para a primeira avaliação oftalmológica devem ocorrer no momento inicial do diagnóstico da gestação**, independentemente do trimestre, com definição do estrato de risco ocular e elaboração do plano de cuidado.

Quando houver disponibilidade de retinógrafo na APS, recomenda-se a realização de retinografia nas gestantes classificadas como de alto risco ocular, especialmente naquelas com diabetes mellitus pré-existente, suspeita ou diagnóstico de retinopatia diabética, ou outras condições com potencial comprometimento do segmento posterior. As imagens deverão subsidiar a estratificação de risco, qualificar a regulação e o compartilhamento do cuidado com a AAE, conforme protocolo específico, e, quando disponível, apoiar a teleoftalmologia, sem substituir a avaliação oftalmológica especializada.

7.2 Momento 2: Diagnóstico e estratificação de condições associadas no pré-natal

Sempre que a gestante for identificada como portadora de condição crônica prioritária e inserida na rotina de estratificação de risco, ou quando ocorrer evento agudo relevante durante a gestação que modifique o risco materno-infantil, a exemplo da soroconversão para infecções do grupo TORCH + Zika, deve-se incorporar o risco ocular como uma dimensão do estrato de risco e reorganizar o cuidado conforme necessário.



7.3 Momento 3: Reavaliações programadas

- ~~Início do 2º trimestre (ou conforme protocolo de pré-natal local);~~ Consulta de 20 semanas de gestação
- ~~28-32 semanas;~~
- ~~Puerpério (até 42 dias),~~ especialmente para Diabetes Mellitus e queixas persistentes.

Idealmente realizar também:

- Consulta de 28-32 semanas de gestação e
- Consulta de puerpério (até 42 dias), especialmente para gestantes diabéticas e com queixas oculares persistentes



8. Estratificação de risco ocular da gestante

Princípio: estratificar para organizar o cuidado por estrato, com metas terapêuticas e estabilização, e definir compartilhamento com AAE.

8.1 Critérios de estratificação

A) Critérios “alto risco ocular” (encaminhamento prioritário e compartilhamento obrigatório)

Qualquer um dos itens abaixo:

- 1 **Diabetes prévia (DM1/ DM2)** com ausência de avaliação oftalmológica recente ou com suspeita/ diagnóstico prévio de retinopatia.
 - » O PCDT de Retinopatia Diabética recomenda que gestantes com diabetes (pré-existente ou diagnosticado na gestação) realizem avaliação oftalmológica trimestral durante a gestação.
- 2 **Sintomas de alarme:**
 - » perda visual súbita;
 - » dor ocular intensa + olho vermelho;
 - » escotomas/ “cortina na visão”;
 - » flashes/ luzes + moscas volantes de início súbito;
 - » diplopia (visão dupla) de início súbito e persistente.
- 3 Suspeita de **complicação hipertensiva** com sintomas visuais (correlacionar com avaliação obstétrica).
- 4 Uso **crônico de corticoide e/ou história pessoal de glaucoma**, com sintomas oculares, sem acompanhamento oftalmológico regular e/ou uso de medicações antiglaucomatosas.

Conduta APS: realizar encaminhamento prioritário para a AAE, registrar o risco e elaborar o plano inicial de cuidado. Quando houver disponibilidade de retinografia na APS, realizar o exame antes do encaminhamento, desde que isso não provoque atraso na avaliação especializada, utilizando as imagens para qualificar a regulação, o compartilhamento do cuidado e a teleoftalmologia, quando disponível.



B) Critérios “médio risco ocular” (encaminhamento programado e plano de cuidado na APS)

Qualquer um dos itens abaixo:

- 1 Diabetes mellitus gestacional (DMG) com sintomas oculares
- 2 Hipertensão crônica/ gestacional (sem sinais de alarme) + queixa visual intermitente;
- 3 Soroconversão positiva para TORCH + Zika na gestação com queixas oculares;
- 4 Doenças autoimunes com potencial repercussão ocular (conforme linha local).

Conduta APS: plano de cuidado com metas (glicemia/ PA + ocular), educação em saúde, encaminhamento programado à AAE conforme regulação.

Critérios “baixo risco ocular”

~~C) Baixo risco ocular~~ (seguimento na APS, reavaliação programada)

- 1 Ausência de critérios A e B;
- 2 Sem queixas persistentes;
- 3 Sem condições crônicas relevantes.

Conduta APS: educação em saúde ocular, reavaliação nas consultas programadas.

8.2 Registro obrigatório

- 1 Estrato (baixo/ moderado/ alto);
- 2 Critério(s) que definiram estrato;
- 3 Conduta (APS/ encaminhamento/ compartilhamento);
- 4 Data e serviço de referência (se encaminhada).



9. Linha de cuidado ocular da gestante - desenho operacional

A linha deve explicitar os momentos críticos, conforme orientação da oficina:

- » **captação**
- » **diagnóstico**
- » **estratificação de risco**
- » **acompanhamento por estrato**
- » **compartilhamento risco moderado e alto com AAE**
- » **alta/ estabilização/ monitoramento.**



9.1 Fluxo-padrão

- 1 **Captação e 1ª consulta:** aplicação da TOG + estratificação inicial.
- 2 **Diagnóstico e confirmação** de condições crônicas e atualização do estrato ocular.
- 3 **Acompanhamento por estrato na APS:**
 - » **Risco Baixo:** reavaliação programada;
 - » **Risco Moderado:** elaboração de plano de cuidado e encaminhamento programado para a AAE;
 - » **Risco Alto:** encaminhamento prioritário e compartilhamento obrigatório do cuidado com a AAE.
- 4 **AAE:** avaliação oftalmológica e devolutiva estruturada à APS, contendo conduta, periodicidade de seguimento e orientações sobre sinais de alerta.
- 5 **APS:** continuidade do plano de cuidado, coordenação do cuidado e realização de busca ativa para monitoramento da adesão.
- 6 **Puerpério:** encerramento do cuidado ocular no ciclo gestacional e definição do seguimento, nos casos de condições crônicas maternas ou de soroconversão positiva para infecções do grupo TORCH + Zika durante a gestação, com necessidade de acompanhamento do recém-nascido, assegurando a articulação com a linha de cuidado infantil.

9.2 Critérios de compartilhamento do cuidado com a AAE (risco moderado e alto)

Compartilhamento com a AAE:

- **Risco Alto:** sempre.
- **Risco Moderado:** conforme critérios e capacidade instalada, priorizando diabetes/ queixa persistente.



10. Plano de cuidado

10.1 Quem elabora e quando

- **APS** elabora o plano de cuidado para toda gestante de risco moderado e alto na primeira semana após estratificação (ou no mesmo atendimento).
- **AAE** complementa/ ajusta após avaliação especializada, devolvendo orientações, metas e periodicidade.



10.2 Componentes mínimos do Plano de Cuidado Ocular da Gestante

- 1 Identificação: nome, idade gestacional, comorbidades, contato.
- 2 Estrato de risco ocular + critérios.
- 3 Metas do cuidado (por eixo):
 - » Eixo obstétrico (pré-natal, sinais de alarme);
 - » Eixo metabólico/ pressórico (diabetes/ hipertensão, conforme PCDT);
 - » Eixo ocular (avaliação especializada, seguimento, sinais de alarme).
- 4 Ações programadas (APS):
 - » retornos e reavaliações TOG;
 - » educação em saúde e autocuidado apoiado;
 - » busca ativa de faltas.
- 5 Ações programadas (AAE):
 - » consulta/ exames/ retornos;
 - » conduta terapêutica;
 - » plano de contrarreferência.
- 6 Responsáveis (nome/ serviço) e datas.
- 7 Monitoramento: indicadores individuais (comparecimento, exame realizado, retorno).



11. Integração APS - AAE: padrão mínimo de comunicação

11.1 Elementos mínimos na referência (APS > AAE)

- Estrato de risco ocular e critério;
- Condições crônicas associadas (diabetes/ hipertensão/ doenças reumatológicas);
- Queixa/ sinais e tempo de evolução;
- Exames já realizados (se houver);
- Contato/ telefone e melhor horário.

11.2 Elementos mínimos do contrafluxo (AAE > APS)

- Diagnóstico oftalmológico (ou hipótese);
- Conduta (tratamento e recomendações);
- Periodicidade de seguimento;
- Sinais de alarme e orientações;
- Necessidade de outros especialistas (se pertinente).



12. Segurança do paciente e gestão de riscos

Aplicações ao protocolo ocular da gestante (mínimo):

- Revisão de uso de medicamentos com potencial repercussão ocular (ex.: corticoides e colírios antiglaucomatosos);
- Orientações claras sobre sinais de alarme e fluxo de urgência;
- Registro padronizado para reduzir perda de seguimento (falta).



13. Monitoramento e indicadores (mínimos e replicáveis)

13.1 Indicadores de processo (APS)

1 Cobertura de estratificação de risco ocular

- » Numerador: nº de gestantes com estrato registrado
- » Denominador: nº de gestantes em acompanhamento no período

2 Cobertura de plano de cuidado (risco moderado e alto)

- » Numerador: nº de gestantes de risco moderado e alto com plano de cuidado
- » Denominador: nº de gestantes de risco moderado e alto

3 Proporção de encaminhamentos adequados

- » % de encaminhamentos à AAE com critérios de risco moderado e alto preenchidos.

13.2 Indicadores de coordenação (APS - AAE)

4 Taxa de contrafluxo efetivo

- » % de encaminhadas com retorno de conduta registrada pela AAE.

5 Tempo até avaliação especializada (alto risco)

- » mediana (dias) entre estratificação e consulta AAE.

13.3 Indicadores de resultado (sentinelas)

6 Eventos sentinela: perda visual súbita, urgência oftalmológica, abandono de seguimento em alto risco.



ANEXOS

Separar os anexos com "quebra de página"



Anexo 1: triagem ocular na gestante (TOG)

Instrumento operacional – atenção primária à saúde

Finalidade: identificar precocemente risco ocular na gestação, subsidiar estratificação de risco e organizar a linha de cuidado.

1 Identificação:

Nome da gestante: _____

CNS: _____

Idade gestacional: _____ (semanas)

Unidade de Saúde / Equipe: _____

Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Profissional responsável: _____

2 Investigação de sinais e sintomas oculares (marcar SIM ou NÃO)

Sintomas oculares durante a gestação	Sim	Não
Visão borrada persistente quadrinhos para ticar	•	•
Perda visual súbita	•	•
Escotomas (“manchas visuais”, “pontos pretos”, “cortina”)	•	•
Flashes/ luzes ou moscas volantes de início recente	•	•
Dor ocular intensa	•	•
Olho vermelho doloroso	•	•
Fotofobia (sensibilidade à luz) importante	•	•
Diplopia (visão dupla) de início recente e persistente	•	•
Cefaléia associada a sintomas visuais	•	•

3 Condições clínicas associadas (marcar SIM ou NÃO)

Sintomas oculares	Sim	Não
Diabetes mellitus (DM1 ou DM2) prévio	•	•
Diabetes mellitus gestacional (DMG)	•	•
Hipertensão arterial ou gestacional de difícil controle	•	•



Sintomas oculares	Sim	Não
Doença renal crônica	•	•
Doença reumatológica (lúpus, artrite, etc)	•	•
Uso crônico de corticóides	•	•
História pessoal de glaucoma em uso de colírios	•	•
História prévia de retinopatia	•	•
Soroconversão positiva para TORCH + Zika nessa gestação	•	•

4 Avaliação clínica básica na APS (quando aplicável)

- Acuidade visual avaliada: ☐ Sim ☐ Não
- Retinografia realizada: ☐ Sim ☐ Não
- Alteração evidente à inspeção ocular: ☐ Sim ☐ Não
- Observações clínicas relevante: _____

5 Estratificação de Risco Ocular (obrigatório)

- ☐ Risco Baixo
- ☐ Risco Moderado
- ☐ Risco Alto

6 Conduta definida na APS

Conduta	
Seguimento na APS com reavaliação programada	•
Encaminhamento programado - risco moderado - para a AAE (Oftalmologia)	•
Encaminhamento prioritário - risco alto - para a AAE (Oftalmologia)	•
Elaboração de Plano de Cuidado	•
Orientações de sinais de alerta	•

7 Registro

- » Registro realizado no prontuário eletrônico
- » Registro incluído no instrumento de estratificação / planilha coletiva



Anexo 2: critérios de encaminhamentos e prioridades (APS > AAE)

1. Encaminhamento prioritário (risco alto)

Encaminhar imediatamente quando houver qualquer um dos seguintes:

- Perda visual súbita;
- Dor ocular intensa associada a olho vermelho;
- Escotomas importantes ou sensação de “cortina na visão”;
- Flashes/luzes + moscas volantes de início súbito;
- Diabetes prévia sem avaliação oftalmológica no último ano;
- Diagnóstico de glaucoma em uso de colírios antiglaucomatosos;
- Suspeita de complicação hipertensiva com sintomas visuais.

Responsabilidade da APS

- Garantir contato regulatório prioritário;
- Quando houver disponibilidade de retinógrafo na APS realizar retinografia conforme protocolo específico, utilizando as imagens para qualificar a regulação, o compartilhamento do cuidado com a AAE e, se disponível, a teleoftalmologia;
- Orientar retorno imediato se piora;
- Registrar risco e conduta.

2. Encaminhamento programado (risco moderado)

Encaminhar conforme regulação quando houver:

- Diabetes mellitus gestacional sem sinais/sintomas oculares;
- Hipertensão sem sinais de alarme;
- Queixa visual durante a gestação;
- Soroconversão positiva para doenças TORCH + Zika;
- Doença sistêmica e/ou tratamento sistêmico com drogas com potencial repercussão ocular.

Responsabilidade da APS

- Elaborar Plano de Cuidado;
- Acompanhar adesão;
- Garantir contrarfluxo.

3. Não encaminhar (risco baixo)

- Gestante sem queixas;
- Sem condições crônicas relevantes;
- Seguimento exclusivo na APS, com reavaliação periódica.



anexo 3: plano de cuidado – Saúde Ocular da Gestante

Obrigatório para riscos moderado e alto risco

1 Identificação:

Nome da gestante: _____

CNS: _____

Idade gestacional: _____ semanas

Unidade de Saúde / Equipe: _____

Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Profissional responsável: _____

2 Problemas identificados

- Risco ocular associado à diabetes
- Risco ocular associado à hipertensão
- Queixa visual súbita e/ou persistente
- Outro: _____

3 Metas do cuidado

Eixo ocular

- Avaliação oftalmológica realizada
- Seguimento conforme orientação especializada
- Reconhecimento de sinais de alerta

Eixo clínico associado

- Controle glicêmico adequado
- Controle pressórico adequado

4 Ações programadas



Ação	Responsável	Prazo
Avaliação Oftalmológica	AAE	_____
Retorno Pré-Natal	APS	_____
Educação em saúde ocular	APS	_____
Busca ativa se falta	APS	_____



5 Compartilhamento APS - AAE

- Caso compartilhado com AAE
- Conduta especializada registrada
- Periodicidade definida

6 Monitoramento

Compareceu à AAE:

- Sim
- Não

Retorno à APS realizado:

- Sim
- Não

Plano reavaliado em: ____ / ____ / ____



Anexo 4: rotina de busca ativa (ACS / APS)

Objetivo

Reduzir perda de seguimento, especialmente em gestantes de **RISCO MODERADO e ALTO RISCO ocular**.

Responsáveis

- ACS
- Enfermeiro(a) da APS
- Equipe de referência

Passos mínimos

- 1 Lista semanal de:
 - » Gestantes encaminhadas para AAE;
 - » Gestantes que faltaram à consulta especializada.
- 2 Contato telefônico ou visita domiciliar em até 7 dias.
- 3 Registro do motivo da falta.
- 4 Reagendamento e reforço de orientações.
- 5 Atualização do plano de cuidado.





anexo 5: fluxo da linha de cuidado em Saúde Ocular da Gestante

Princípio organizador

A linha de cuidado estrutura o percurso da gestante na rede, desde a captação até o puerpério, organizando ações por momentos críticos, com definição clara de responsabilidades, critérios de compartilhamento e mecanismos de monitoramento.

Momento 1: captação da gestante na APS

Porta de entrada e coordenação do cuidado

Onde

- Unidade Básica de Saúde (APS)

Quem

- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- ACS
- eMulti (quando aplicável)

Ações essenciais

- Captação precoce da gestante no território;
- Inserção no pré-natal da APS;
- Identificação de condições crônicas (diabetes, hipertensão, etc.);
- Aplicação da **Triagem Ocular na Gestante (TOG)** na primeira consulta.

Produtos desse momento

- Gestante cadastrada;
- TOG aplicada e registrada;
- Risco ocular suspeito identificado (ou descartado).

Momento 2: diagnóstico e confirmação de condições associadas

Onde

APS (pré-natal)

Ações essenciais

- 1 Confirmação diagnóstica de:
 - » Diabetes mellitus (prévia ou gestacional);
 - » Hipertensão;
 - » Outras condições sistêmicas relevantes;
- 2 Atualização contínua das informações clínicas (como doenças reumatológicas e/ou TORCH + Zika);
- 3 Revisão de queixas visuais ao longo da gestação.



Produtos desse momento

- Condições crônicas confirmadas;
- Base clínica para estratificação de risco ocular.

Momento 3: estratificação de risco ocular

Onde

- APS

Quem realiza

- Enfermeiro(a) e/ou Médico(a) da APS

Ações essenciais

- Classificação da gestante em:
 - » Risco Baixo
 - » Risco Moderado
 - » Risco Alto
- Registro do estrato e dos critérios que fundamentam a classificação;
- Inclusão da gestante no instrumento de estratificação / registro coletivo.

Produtos desse momento

- Estrato de risco ocular definido;
- Conduta orientada pelo risco;
- Base para definição do percurso assistencial.

Momento 4: acompanhamento por estrato de risco

Cuidado longitudinal na APS

1 Gestante de risco baixo ocular

Conduta

- Seguimento exclusivo na APS;
- Reavaliação da TOG em momentos programados do pré-natal;
- Educação em saúde ocular (sinais de alerta).

Produto

- Cuidado resolutivo na APS;
- Vigilância clínica contínua.

2 Gestante de risco moderado ocular

Conduta

- Elaboração de **Plano de Cuidado** na APS;
- Encaminhamento **programado** para AAE (oftalmologia);
- Manutenção do acompanhamento do pré-natal na APS;
- Busca ativa para garantir comparecimento à AAE.





Produto

- Plano de cuidado ativo;
- Encaminhamento adequado e oportuno;
- Coordenação do cuidado pela APS.

3 Gestante de risco alto ocular

Conduta

- Encaminhamento **prioritário** para AAE;
- Realização de retinografia na APS, se equipamento disponível;
- Compartilhamento imediato do cuidado APS-AAE;
- Elaboração de Plano de Cuidado integrado;
- Orientação explícita sobre sinais de alerta e retorno imediato;
- Monitoramento intensivo do seguimento.

Produto

- Redução do risco de agravos oculares graves;
- Integração efetiva APS-AAE;
- Continuidade do cuidado garantida.

Momento 5: atenção ambulatorial especializada (AAE)

Compartilhamento do cuidado

Onde ocorre

- Ambulatório de oftalmologia da AAE (presencial e/ou teleoftalmologia)

Ações essenciais

- Avaliação oftalmológica especializada;
- Definição diagnóstica ou hipótese clínica;
- Definição de conduta e periodicidade de seguimento;
- Registro estruturado da contrarreferência à APS.

Produto obrigatório

- **Devolutiva formal para a APS**, contendo:
 - » Diagnóstico;
 - » Conduta;
 - » Periodicidade;
 - » Sinais de alerta;
 - » Necessidade de seguimento especializado ou alta.





Momento 6: retorno à APS e continuidade do cuidado

Longitudinalidade

Onde ocorre

- APS

Ações essenciais

- Incorporação da contrarreferência ao prontuário;
- Atualização do Plano de Cuidado;
- Monitoramento da adesão às condutas;
- Educação em saúde e autocuidado apoiado;
- Busca ativa em caso de faltas.

Produto

- Cuidado contínuo e coordenado;
- Redução de perdas de seguimento.

Momento 7: puerpério e fechamento do ciclo

Onde

- APS (consulta puerperal)

Ações essenciais

- Reavaliação de sintomas visuais;
- Definição de necessidade de seguimento oftalmológico após a gestação;
- Alta do cuidado ocular gestacional ou transição para linha de cuidado crônica (quando aplicável).

Produto final

- Encerramento do ciclo da linha de cuidado gestacional;
- Transição segura para cuidado continuado (se necessário).

PONTOS-CHAVE DO FLUXO

- A **APS coordena todo o percurso**;
- A **estratificação de risco define o caminho**;
- O **risco MODERADO e ALTO sempre compartilham cuidado com a AAE**;
- O **plano de cuidado é obrigatório** para riscos moderado e alto;
- A **contrarreferência é condição de qualidade da linha de cuidado**;
- A busca ativa evita perdas e agravos.

