

Estratificação de Risco Linha de Cuidado Materno-infantil

Aprovada na CIB/PR em 24.02.2021

A Linha de Cuidado Materno Infantil da Secretaria de Estado da Saúde tem como finalidade a organização da atenção e assistência nas ações do pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.

A redução da mortalidade materno-infantil em especial a materna são resultados de diversas ações, tais como: a organização dos processos de atenção, o acolhimento precoce das gestantes no pré-natal, a estratificação de risco e a vinculação da gestante conforme estratificação de risco ao hospital mais adequado para atender o seu parto, bem como o processo de capacitação dos profissionais de saúde.

Tendo em vista as mudanças ocorridas no perfil das gestantes desde a implantação da rede materno-infantil, identificou-se a necessidade de revisar e atualizar os critérios para estratificação de risco das gestantes, a fim de qualificar a Atenção Pré-Natal.

Diante disso, a equipe da Divisão de Atenção à Saúde da Mulher da SESA coordenou o processo de revisão da estratificação de risco gestacional de forma colaborativa em conjunto com profissionais da Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar, bem como consultou técnicos das Regionais de Saúde, SESA central e a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA). A revisão, que hora se apresenta, passou ainda por consulta do Conselho Estadual de Saúde (Comissão de Saúde da Mulher) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR).

Destaca-se que a Estratificação de Risco compõe os demais instrumentos de assistência e gestão, tais como Linha Guia Materno Infantil e pactuações /programações vigentes da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH).

RISCO HABITUAL

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	<p>Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, inclusive:</p> <p><u>Características individuais e socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Ameaça de aborto¹; •Hipotireoidismo²; •Tabagismo (Fagerström < 8 pontos)³; •Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos)⁴; •Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); •Depressão e ansiedade leve⁵; •Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

1. Ameaça de aborto é a presença de sangramento transvaginal antes de 20 semanas de gestação, associado ou não a dores por contrações uterinas. O colo uterino deve estar fechado e o concepto vivo intraútero. Demanda avaliação na maternidade de referência 2. Hipotireoidismo: Anexo I; 3. Teste de Fagerström: Anexo II; 4. Teste de T-ACE: Anexo III; 5. Para definição dos casos leves e graves relacionados à saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada.

RISCO INTERMEDIÁRIO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p>E</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)</p>	<p>Equipe APS</p> <p>E</p> <p>Equipe Multiprofissional Especializada</p>	<p>Gestantes que apresentam:</p> <p><u>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade < 15 anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (<3 anos de estudo); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos)¹; • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)²; <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior³; • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional não-insulinodependente; • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);

1. Teste de Fagerström: Anexo II; 2. Teste de T-ACE: Anexo III; 3. Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).

ALTO RISCO

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p>E</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)</p>	<p>Equipe APS</p> <p>E</p> <p>Equipe multiprofissional Especializada</p>	<p><u>Características individuais e condições socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC ≥ 40). <p><u>Condições Clínicas prévias à gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; • Cirurgia uterina prévia fora da gestação; • Colelitíase com repercussão na atual gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doenças autoimunes (ex. Lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Doença falciforme (exceto traço falciforme); ◦ outras hematopatias. • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); • Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥ 4; • Hipertensão arterial crônica; • Hipertireoidismo; • Histórico de tromboembolismo; • Má formação útero-vaginal; • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação); • Neoplasias; • Pneumopatias descompensadas ou graves; • Psicose ou depressão grave¹.

Secretaria da Saúde do Paraná

Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV)
Rua Piquiri, 170 – Curitiba-Paraná | CEP: 80230-140
Fone (41) 3330-4418 | e-mail: sas.sesa@sesa.pr.gov.br

		<p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); •Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores. <p><u>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Anemia grave (Hemoglobina<8); •Diabetes gestacional insulínica; •Doenças infectocontagiosas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses; ◦ Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; •Doença hemolítica perinatal; •Gestação gemelar; •Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). •Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); •Incompetência Istmo-cervical; •Má formação fetal confirmada; •Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)²; •Oligodrâmnio ou polidrâmnio; •Placenta acreta/acretismo placentário; •Placenta prévia (após 22 semanas); •Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)²; •Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; •Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); •Tromboembolismo na gestação; •Trombofilias na gestação; •Senescência placentária com comprometimento fetal.
--	--	---

1. Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada.

2. Utilizar Tabela de Hadlock (vide carteira da gestante).

Importante:

- A estratificação de risco deve ser realizada em todos os atendimentos, ou seja, na primeira consulta e em todas as subsequentes programadas, ou sempre que for identificado um fator de risco.
- Basta a identificação de um único critério para definir o estrato de risco, predominando o critério relacionado ao maior risco.
- O compartilhamento do cuidado da gestante com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) poderá ocorrer em qualquer período do pré-natal, conforme estratificação de risco realizada. Com destaque para a garantia do número mínimo de consultas e exames previstos na Linha Guia Materno Infantil.
- Na ocorrência de transição de cuidado da AAE para a Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância a elaboração do Plano de Cuidados da Gestante, bem como, a definição de condições que poderão determinar novo encaminhamento para avaliação e conduta da equipe da AAE e apoio matricial.
- A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe. Ou seja, deverão manter objetivo e conduta comum com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da gestante.
- As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência e regulação imediata, respeitados fluxos pré definidos na APS, AAE e Atenção Hospitalar.

ANEXO 1: Hipotireoidismo

A dosagem do TSH é mais sensível do que o T4 livre para detectar o hipotireoidismo. Se o TSH estiver alterado recomenda-se dosar o T4 livre.

O tratamento para o hipotireoidismo é recomendado quando os níveis de TSH são: >2.5 IU/L no 1º trimestre e >3,0 IU/L no 2º e 3º trimestre da gestação (Thyroid Diseases in Pregnancy, Figo).

Hipotireoidismo		
Diagnóstico	Orientações medicamentosas	Manejo
Hipotireoidismo com diagnóstico prévio à gestação	Recomenda-se aumento na dosagem de reposição da levotiroxina de 25% a 30%, após o diagnóstico de gestação, dependendo da etiologia do hipotireoidismo e dos níveis de TSH.	Avaliar TSH na primeira consulta de pré natal. O objetivo do tratamento é obter o eutireoidismo clínico e laboratorial. Recomenda-se monitorar o TSH, dosando a cada 4/ 6 semanas. Ajuste de doses em incrementos de 25 – 50 mcg.
Hipotireoidismo franco (sintomático) diagnosticado na gestação	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 2mcg/kg/dia	O objetivo é manter o TSH entre 0,4 e 2,5 mU/I; Recomenda-se que a levotiroxina seja ingerida em jejum, pelo menos de 30 a 60 minutos antes do café da manhã, e com quatro horas de intervalo com medicamentos que interfiram na sua absorção, tais como: ferro, cálcio, alumínio ou produtos derivados de soja.
Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 1.20mcg/kg/dia.	

Fonte: Gestação de Alto Risco MS, 2012, European Thyroid Association-ETA, 2014. CURITIBA, Rede mãe curitibana vale a vida, 2019.

Os casos de hipotireoidismo refratários ao tratamento ou que apresentem comorbidades deverão ser encaminhados para avaliação no Alto Risco.

ANEXO 2: TABAGISMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendada que se suspenda o uso do tabaco durante a gestação. Todas as gestantes devem ser questionadas sobre o uso de tabaco. Diante de resposta positiva ao uso de tabaco (pg.9 Carteira da Gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE DE FAGERSTROM: mede o grau de dependência à nicotina. Ele deve ser aplicado nas gestantes tabagistas na primeira consulta e quando necessário em consultas subsequentes. As perguntas devem ser feitas as gestantes, somados o número no final de cada resposta e avaliado o resultado no fim da página.

Teste de Fagerstrom	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? •Dentro de 5 minutos (3) •6-30 minutos (2) •31-60 minutos (1) •Depois de 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)? •Sim (1) •Não (0)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? •O primeiro da manhã (1) •Outros (0)	
4.Quantos cigarros você fuma por dia? •Menos de 10 (0) •De 11 a 20 (1) •De 21 a 30 (2) •Mais de 31 (3)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? •Sim (1) •Não (0)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? •Sim (1) •Não (0)	
Total de pontos	

Resultado Teste de Fagerström:

Pontos	Dependência do tabaco
0-2	muito baixa
3-4	baixa
5	média
6-7	elevada
8-10	muito elevada

ANEXO 3: ETILISMO

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Diante de resposta positiva ao uso de álcool (pg.9 carteira da gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE T-ACE

T-ACE	Respostas
T (Tolerance = Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão)	() Não bebo - 0 ponto () Até duas doses – 1 ponto () Três ou mais doses – 2 pontos
A (Annoyed = Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
C (Cut down = cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
E (Eye-opener = abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para livrar-se do mal estar do “dia seguinte” (ressaca)?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
Total de Pontos	

Resultado: 2 ou mais pontos = Indicativo de Dependência ao álcool.

Fonte: Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasil, 2013.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasília- DF, 2013.

BERTANI, A.L.GARCIA, T. GODOY, I. Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis. J Bras Pneumol. 2015;41(2):175-181. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2391>. Acessos em: 04 fev. 2020.

CURITIBA. Rede Mãe Curitibana vale a vida: assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Curitiba, 2019.

EUROPEAN THYROID JOURNAL. EUROPEAN THYROID ASSOCIATION. Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children, 2014

FABBRI, C. E; FURTADO, E.F; LAPREGA, M.R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 41, n. 6, p. 979-984, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600013&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 04 Fev. 2020.

FERREIRA, Pedro L. et al . Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. Rev. Port. Sau. Pub., Lisboa , v. 27, n. 2, p. 37-56, jul. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252009000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 04 fev. 2020.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, FIGO. Thyroid Diseases in Pregnancy. [Acesso em: 06 de fevereiro 2020]. Disponível em: <<https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/FIGO%20GPAMFM%20WG%20-%20Thyroid%20Diseases%20in%20Pregnancy.pdf>>

PARANÁ. Linha Guia Rede Mãe paranaense 7ªed. Curitiba, 2018.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.