

**ANEXO I Deliberação CIB-PR nº 024/2021**

**Estratificação de Risco Linha de Cuidado Materno-infantil**

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, <b>inclusive</b>:</p> <p><u>Características individuais e socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidade Grau I e Grau II (IMC&lt;40);</li> </ul> <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);</li> </ul> <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ameaça de aborto<sup>1</sup>;</li> <li>• Hipotireoidismo<sup>2</sup>;</li> <li>• Tabagismo (Fagerström &lt; 8 pontos)<sup>3</sup>;</li> <li>• Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE &lt; 2 pontos)<sup>4</sup>;</li> <li>• Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl);</li> <li>• Depressão e ansiedade leve<sup>5</sup>;</li> <li>• Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).</li> </ul>

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

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)
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)  E  Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS  E  Equipe multiprofissional Especializada	<u>Características individuais e condições socioeconômicas:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dependência de drogas ilícitas;</li><li>• Obesidade mórbida (IMC≥40).</li></ul> <u>Condições Clínicas prévias à gestação:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento;</li><li>• Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades;</li><li>• Cirurgia uterina prévia fora da gestação;</li><li>• Colelitíase com repercussão na atual gestação;</li><li>• Diabetes mellitus tipo I e tipo II;</li><li>• Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional);</li><li>• Doenças hematológicas:<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Doença falciforme (exceto traço falciforme);</li><li>◦ outras hematopatias.</li></ul></li><li>• Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras);</li><li>• Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4;</li><li>• Hipertensão arterial crônica;</li><li>• Hipertireoidismo;</li><li>• Histórico de tromboembolismo;</li><li>• Má formação útero-vaginal;</li><li>• Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação);</li><li>• Neoplasias;</li><li>• Pneumopatias descompensadas ou graves;</li><li>• Psicose ou depressão grave<sup>1</sup>.</li></ul> <u>História reprodutiva anterior:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);</li><li>• Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores.</li></ul> <u>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia grave (Hemoglobina&lt;8);</li><li>• Diabetes gestacional insulínodpendente;</li><li>• Doenças infectocontagiosas:<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 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;</li><li>◦ Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;</li></ul></li></ul>



- 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)<sup>2</sup>;
- Oligodrâmnio ou polidrâmnio;
- Placenta acreta/acretismo placentário;
- Placenta prévia (após 22 semanas);
- Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)<sup>2</sup>;
- 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).

<b>Hipotireoidismo</b>		
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/l; 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

<b>T-ACE</b>	<b>Respostas</b>
T (Tolerance = Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão)	<input type="checkbox"/> Não bebo - 0 ponto <input type="checkbox"/> Até duas doses – 1 ponto <input type="checkbox"/> Três ou mais doses – 2 pontos
A (Annoyed = Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?	<input type="checkbox"/> Não - 0 ponto <input type="checkbox"/> Sim - 1 ponto
C ( Cut down = cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?	<input type="checkbox"/> Não - 0 ponto <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Não - 0 ponto <input type="checkbox"/> Sim - 1 ponto
<b>Total de Pontos</b>	

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](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](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](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252009000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso 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.