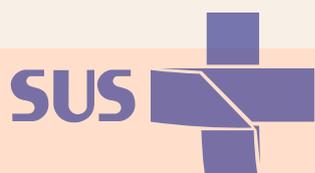


Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional



3º Edição
Maio 2025





ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

3ª edição

Florianópolis-SC

Maio 2025

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

SUPERINTENDÊNCIA ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)

Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS)

© 2025 todos os direitos de reprodução são reservados à Secretaria de Estado da Saúde. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Secretaria de Estado da Saúde - Anexo 1, Rua Esteves Júnior, 390, Centro – Florianópolis – SC

GOVERNO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Governador

Jorginho Mello

Secretário de Estado da Saúde

Diogo Demarchi Silva

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Cristina Pires Pauluci

Superintendente de Atenção à Saúde

Willian Westphal

Diretora de Atenção Primária à Saúde

Ângela Maria Blatt Ortiga

Gerente de Atenção, Promoção e Prevenção à Saúde - GAPPS

Maria Catarina da Rosa

Elaboração e Organização

Ângela Maria Blatt Ortiga

Bárbara Litiane da Silva Vargas Leal

Gabriel Calixto Pulhiez

Márcia de Oliveira

Maria Catarina da Rosa

Ramon Tartari

Colaboradores

Francielly Marcia de Andrade Cardoso

Julia Hohmann

Apresentação 3ª edição

A estratificação de risco obstétrico é um pilar fundamental para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materno-infantil. Dados nacionais estimam que 15% das gestações sejam de alto risco e 85% de risco habitual (baixo) ou intermediário. Todas as gestantes deverão iniciar seu pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde será feito o primeiro atendimento e a estratificação de risco. Ao definir o risco gestacional de forma precisa é mais provável que o cuidado pré-natal seja ofertado no local e no tempo certos, com custo adequado e a qualidade necessária, garantindo assim maior segurança e bem-estar à mãe e ao feto.

Essa nova versão do instrumento mantém a recomendação de usar o sistema de pontos para cada fator de risco e assim facilitar a classificação das gestantes em risco habitual ou baixo (até 4 pontos), intermediário (entre 4 e 9 pontos) e alto (acima de 10 pontos). Além disso, a terceira edição tem como objetivo orientar e qualificar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para a elaboração de encaminhamentos completos e com os dados necessários para uma correta avaliação pelo médico regulador.

Considerando a necessidade de priorizar os casos mais urgentes dentre aqueles encaminhados ao pré-natal de alto risco, faz-se necessário esse esforço em melhorar a comunicação escrita nos encaminhamentos, como meio para facilitar o agendamento no Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) / Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). Com isso, busca-se fortalecer a qualidade do atendimento, reduzir as iniquidades e garantir uma assistência mais eficiente e segura para todas as gestantes, especialmente aquelas mais vulneráveis e de maior risco gestacional.

Sumário

Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico	06
Pré-natal na APS	07
Situações de Urgência e Emergência	11
Teleconsultoria	12
Fatores de Risco e Estratificação de Risco Obstétrico	13
Acesso ao Ambulatório de Atenção Especializada (AAE/PNAR)	18
Referências Bibliográficas	20

Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico

- 1. Não há alta da gestante da Atenção Primária à Saúde.** A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco. Algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada.
- 2. A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos.** Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar por fatores de risco.
- 3. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal.** A partir da identificação de um fator de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início da gestação ou próximo ao termo.
- 4. A estratificação do risco é absoluta.** Isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco, portanto uma vez que a gestante é estratificada como sendo de alto risco para complicações ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.
- 5. A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de alto risco.** As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter comunicação clara, ágil e qualificada nos canais de comunicação de dupla via, de maneira que tanto a APS quanto a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos.
- 6. As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de teleconsultoria com Médico(a) de Família e Comunidade.** A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que a Rede ofereça condições para que as gestantes com essa classificação possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção primária em conjunto com médicos(as) especialistas em atenção primária que se responsabilizem pelo compartilhamento do cuidado.
- 7. Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado.** Há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto a combinação de vários fatores de risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado por toda a equipe.
- 8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais.** Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.
- 9. Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal.** Embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna.
- 10. As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata.** A rede de assistência ambulatorial precisa ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.

Pré-natal na APS

A APS é uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo garantir acesso, cuidado integral e longitudinal a seus usuários. Além disso, os profissionais da APS desempenham um papel fundamental de articulação com os demais níveis da Rede de Atenção à Saúde, pois atuam na coordenação do cuidado das famílias e indivíduos, definindo as necessidades de acesso e encaminhamento aos demais serviços (eMulti/NASF, Ambulatórios de Especialidades, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades Hospitalares) quando necessário (Lopes *et al.*, 2019; Santa Catarina, 2019).

O acompanhamento pré-natal na APS deve ser iniciado idealmente até a 12^a semana de gestação. Esta ação, conforme destacado na Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein (SBIAE, 2019), possibilita a avaliação clínica precoce, a realização dos exames laboratoriais do primeiro trimestre (**Quadro 1**), a elaboração de plano de cuidados individualizado, e a identificação de fatores de risco e estratificação dos riscos gestacional. Essas ações em conjunto são essenciais para reduzir a probabilidade de desfechos complicados e a morbimortalidade materno-infantil.

A estratificação de risco obstétrico tem o objetivo de identificar aquelas mulheres com maior probabilidade de apresentar complicações ou adversidades relacionadas à saúde durante o período gestacional e puerperal. Com isso é possível definir estratégias e oferecer recursos e tecnologias mais complexas às mulheres de maior risco, promovendo equidade, humanização e um cuidado pré-natal de qualidade (Brasil, 2022; Santa Catarina, 2019; SBIAE, 2019). Aquelas gestantes classificadas como gestantes de risco habitual (baixo) ou de risco intermediário farão suas consultas de rotina do pré-natal exclusivamente nas UBS, enquanto as de alto risco serão acompanhadas também no AAE/PNAR (**Quadro 2**).

Quadro 1: Exames laboratoriais do Pré-Natal na APS

1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
Hemograma	Hemograma	Hemograma
Tipagem Sanguínea (ABO e Rh)	Teste de tolerância à glicose com 75g, entre 24° e a 28° semana	Glicemia de jejum
Eletroforese de hemoglobina	Coombs indireto (se gestante Rh -)	Parcial de Urina
Parcial de urina	Toxoplasmose IgG/IgM (se negativo no 1° trimestre)	Urocultura com antibiograma
Urocultura com antibiograma		Teste rápido para sífilis e VDRL
Glicemia de jejum		Sorologia anti-HIV ou teste rápido para HIV
Coombs indireto (se gestante Rh -)		Sorologia para hepatite B (HbsAg) ou teste rápido
Toxoplasmose IgG/IgM		Cultura para pesquisa Streptococcus do grupo B, entre 35-37 semanas quando disponível
Sorologia anti-HIV ou teste rápido para HIV		Toxoplasmose IgG/ IgM (se negativo no 2° trimestre)
Teste rápido para sífilis e VDRL		
Sorologia (HbsAg) ou teste rápido hepatite B		
Sorologia anti-HCV ou teste rápido para Hepatite C		
Sorologia anti-HTLV 1 e HTLV 2		
TSH (para gestantes com fatores de risco *)		
PCR para clamídia e gonococo (para gestante ≤30 anos ou >30 anos com fatores de risco**)		
Ultrassonografia obstétrica (entre 11 e 13 semanas, se possível)		
Citopatológico de Colo Uterino (conforme calendário de rastreamento)		

Fonte: LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL, SANTA CATARINA, 2025.

*Gestante >30 anos, hipotireoidismo e hipertireoidismo, IMC ≥40 kg/m², radiação de cabeça ou pescoço, doença/cirurgia de tireoide, anti-TPO reagente, diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes, abortamento/perda fetal, parto prematuro, infertilidade, ≥2 gestações anteriores, uso de amiodarona ou lítio, administração recente de contraste radiológico iodado, história familiar de doença autoimune da tireoide ou disfunção da tireoide, pessoa gestante vivendo em área com insuficiência de iodo moderada a grave conhecida.

**Novo parceiro(a) sexual nos últimos 60 dias, múltiplos parceiros(as) sexuais simultâneos, parceiro(a) sexual com IST, não uso ou uso inadequado de preservativo, trabalhadoras do sexo, uso abusivo de álcool e outras drogas, HIV positivo, história prévia de IST

Quadro 2: Pontuação pela estratificação de risco e seguimento esperado da gestante

Pontuação dos fatores de risco	Estrato de risco	Pré-natal	Foco do cuidado
Até 4 pontos	Risco habitual (baixo)	Pela equipe da APS	<ul style="list-style-type: none"> Bem-estar da gestante, do bebê e da sua família Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas Educação em saúde e fortalecimento da capacidade de autocuidado
Entre 5 e 9 pontos	Risco intermediário	Pela equipe da APS*	<ul style="list-style-type: none"> Mitigação dos fatores de risco Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco Educação em saúde e fortalecimento da capacidade de autocuidado Fortalecimento do apoio sócio-familiar
10 pontos ou mais	Alto risco	Compartilhado entre equipe da APS e da AAE	<ul style="list-style-type: none"> Estabilização clínica Vigilância para detecção precoce de agravos relacionados aos fatores de risco e morbidades Fortalecimento do apoio sócio-familiar Suporte direto à gestante e à sua família

Fonte: adaptado de SBIAE, 2019.

* com apoio da equipe AAE, quando necessário.

APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Ambulatório de Atenção Especializada

Cabe às equipes da APS às funções de acompanhamento longitudinal, vigilância contínua e encaminhamento aos demais níveis da Rede Materno-Infantil de Santa Catarina, quando indicado. Compõem a Rede de Atenção Materno-infantil de Santa Catarina:

1. Os serviços de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, Pronto Socorro das Maternidades, Hospitais Gerais) nas situações em que se identifica necessidade de atendimento imediato (**Quadro 3**);
2. O AAE/PNAR quando identificado um novo fator de risco ou doença que mude a estratificação de risco inicial;
3. O Telessaúde-UFSC como ferramenta de teleconsultoria para dúvidas clínicas eletivas.

O objetivo principal da coordenação de cuidado é proporcionar atenção qualificada, contínua e integral, no lugar e tempo certos, com custo compatível com o quadro clínico, de forma humanizada e equânime, de acordo com o pressuposto das redes de atenção à saúde (Mendes, 2011).

Quadro 3 - Situações clínicas de indicam atendimento de urgência e emergência obstétrica

- Hiperêmese gravídica (vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento oral ou com desidratação)
- Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação
- Anemia grave ($Hb < 6,0g/dL$) ou sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão)
- Sinais de insuficiência respiratória aguda (dispneia ou falta de ar, cianose, $SatO_2 \leq 90\%$ ou $FR \geq 30ipm$)
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão
- Crise hipertensiva ($PA \geq 160/110mmHg$) ou hipotensão arterial ($PA < 90 \times 60mmHg$)
- Sinais premonitórios de eclampsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria)
- Eclampsia/convulsões
- Hipertermia (temperatura axilar $\geq 38^\circ C$), na ausência de sinais ou sintomas de infecção das vias aéreas superiores
- Infecção por sífilis em gestante com alergia à Penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de Neurosífilis
- Suspeita de trombose venosa profunda (dor intensa em membro inferior associado a vermelhidão e edema localizados)
- Dor abdominal intensa / suspeita de abdome agudo
- Suspeita ou diagnóstico de pielonefrite (dor lombar ou no flanco, febre e sintomas urinários)
- Suspeita de infecção ovular ou corioamnionite (temperatura $\geq 38^\circ C$ com dor abdominal ou corrimento/líquido vaginal fétido)
- Prurido gestacional/icterícia
- Polidrâmnio grave ou sintomático
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta e placenta prévia)
- Ruptura prematura de membranas (perda súbita/jorro de líquido vaginal claro ou transparente sem contrações e com < 37 semanas)
- Trabalho de parto prematuro (contrações dolorosas com < 37 semanas)
- Gestação a partir de 41 semanas

Fontes: SBIAE, 2019; Sistema de Apoio à decisão clínica - SADEC, 2025; PACK Florianópolis 2025.

Situações de Urgência e Emergência

Para as situações de urgência e emergência durante atendimento nas UBS é imprescindível que sejam feitas as medidas iniciais para estabilização da paciente antes de transferi-la para outros serviços. Além disso, recomenda-se como boa prática:

- Contato prévio com o serviço de referência que se pretende encaminhar para checagem de vaga e disponibilidade de recursos para o tratamento;
- Contato com o SAMU (192) para definir como será feito o transporte até o local indicado para tratamento;
- Preenchimento do formulário de encaminhamento padrão do município com os dados completos da pessoa, além da conduta médica até a transferência.

Teleconsultoria

As teleconsultorias para o Pré-natal de alto risco, com especialistas em Obstetrícia, estão disponíveis somente para algumas macrorregiões de saúde no estado e podem ser solicitadas exclusivamente pelos profissionais médicos da APS. Os municípios da Grande Florianópolis deverão obrigatoriamente solicitar a teleconsultoria na rede **"SES - SC -> Gestante Alto Risco Grande Florianópolis"** para encaminhar as gestantes de alto risco para o AAE/PNAR, e também podem usar este recurso para dúvidas clínicas e/ou de manejo ao longo do seguimento pré-natal destas gestantes nas UBS.

Os municípios dentro das macro regiões da Foz do Rio Itajaí e da Serra Catarinense também podem realizar teleconsultoria especializada em Pré-Natal de alto risco nas redes específicas **"SES - SC -> Gestante Alto Risco - Região Foz do Rio Itajaí"** e **"SES - SC -> Gestante Alto Risco Serra Catarinense"**. Apesar de ser um serviço consultivo, ou seja, não é pré-requisito obrigatório para acesso ao AAE/PNAR via SISREG, as dúvidas podem ser encaminhadas por meio da plataforma do STT, as quais serão respondidas em até 72h por um especialista da área, com base nas melhores evidências científicas e protocolos clínicos e de acesso pactuados no estado (Santa Catarina, 2025).

Para gestantes com manejo recomendado na APS, ou seja, de risco habitual ou intermediário, o suporte via teleconsultoria poderá ser obtido junto aos Médicos de Família e Comunidade (MFC) disponibilizados pelo Núcleo Telessaúde UFSC na rede **"Telessaúde UFSC -> Medicina de Família e Comunidade"** do módulo de teleconsultorias. Esse tipo de teleconsultoria pode ser solicitada tanto por médicas(os) quanto por enfermeiras(os) da APS cadastrados no Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT). Serão respondidas dúvidas relacionadas ao atendimento pré-natal no geral, ao manejo de comorbidades, aos ajustes de terapia medicamentosa, à conduta terapêutica e a solicitação de exames complementares, pertinentes à atuação do MFC. Este serviço é oferecido de forma assíncrona para todo o estado de Santa Catarina, com tempo estimado de resposta em 72 horas, exceto onde há fluxo próprio estabelecido pelo município e onde a regulação ambulatorial tem a teleconsultoria de caráter compulsório.

Para mais informações e cadastro acessar: <https://telessaude.ufsc.br/>

Para solicitação de teleconsultoria acessar: <https://login.telemedicina.saude.sc.gov.br/>

Fatores de Risco e Estratificação de Risco Obstétrico

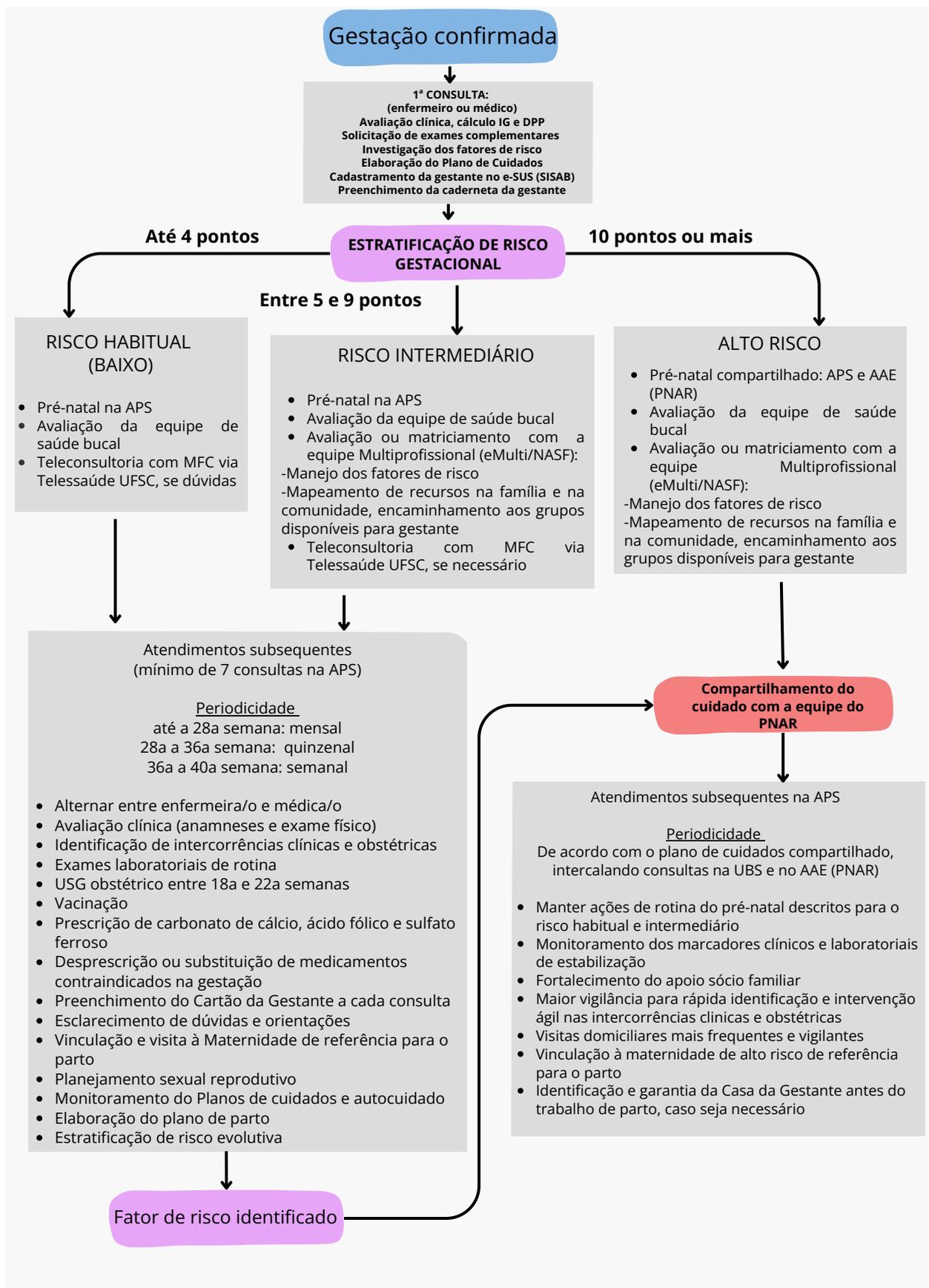
Fatores de risco gestacionais referem-se às condições biológicas, psicossociais e sócio econômicas que podem aumentar a probabilidade de desfechos desfavoráveis durante a gestação e impactar na morbimortalidade materno-infantil. A vigilância e identificação desses fatores de risco devem acontecer durante todo o acompanhamento pré-natal, sendo de relevância fundamental a estratificação de risco e a definição da melhor estratégia de seguimento da gestante desde o primeiro atendimento e nas consultas subsequentes, tanto médicas quanto de enfermagem (Santa Catarina, 2019; SBIAE, 2019).

A estratificação de risco gestacional é definida a partir de fatores de risco agrupados em quatro categorias, sendo eles

- a)** condições individuais, socioeconômicas e familiares;
- b)** história reprodutiva anterior;
- c)** condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual;
- d)** condições clínicas prévias à gestação.

O peso de cada fator de risco está atrelado ao potencial de agravamento da condição existente. Tendo isso em vista, neste instrumento utilizamos um sistema de pontuação para auxiliar os profissionais de saúde da APS na estratificação do risco gestacional (Tabelas A, B, C e D). A somatória dos pontos irá enquadrar a gestante em um dos estratos de risco, definindo como será feito o seguimento e o foco do cuidado, como demonstra o **Fluxograma 1**.

Fluxograma 1: seguimento de rotina Pré-natal de acordo com estratificação de risco gestacional



Fonte: adaptado de SBIAE, 2019.

A seguir estão listados os fatores de risco e suas pontuações para a estratificação de risco

Tabela A - Condições individuais, socioeconômicas e familiares

CONDIÇÕES INDIVIDUAIS, SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	
Idade menor que 15 anos	2
Idade maior que 40 anos	2
Mulher de raça negra (preta ou parda)	2
Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo)	2
Tabagista ativa	2
Indícios de sofrer de violência	2
Gestantes imigrantes, em situação de rua ou em comunidades indígenas e quilombolas	2
Baixo peso no início da gestação (IMC <18 Kg/m ²)	2
Sobrepeso (IMC: 25-29,9 kg/m ²)	1
Obesidade (IMC > 30 – 39,9 kg/m ²)	4
Obesidade grau 3	10

A soma de pontos dessa sessão não configura encaminhamento direto ao AAE de alto risco, exceto a obesidade grau 3. A presença isolada ou combinada dos demais fatores de risco serve para nortear a equipe da APS em relação ao planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde, assim como de educação em saúde e orientação ao autocuidado, considerando as particularidades de cada gestante, especialmente aquelas em vulnerabilidade social, familiar ou econômica.

Tabela B - História reprodutiva anterior

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
Abortamento espontâneo de repetição (2 ou mais perdas precoces consecutivas)	2
Acretismo placentário	2
Restrição de crescimento fetal na gestação anterior	2
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	5
Parto pré-termo após 34 semanas de gestação	2
Parto pré-termo até 34 semanas de gestação	10
História prévia de doença hipertensiva da gestação com desfecho obstétrico ou perinatal ruim (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI)	10
Óbito fetal de causa não identificada	10
Incompetência istmo cervical	10
Psicose puerperal anterior	10
Descolamento prematuro de placenta	10
Histórico de cardiomiopatia periparto	10

Tabela C - Intercorrência clínicas ou obstétricas na gestação atual

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	
Doença hipertensiva da gestação / Pré-eclâmpsia	10
Diabetes gestacional com necessidade insulinoterapia	10
Infecção urinária de repetição (3 ou mais) ou pielonefrite	10
Cálculo renal com obstrução	10
Restrição do crescimento fetal	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia	10
Polidrâmnio / Oligodrâmnio	10
Suspeita de incompetência istmo cervical (colo curto em USG a partir de 18 semanas)	10
Placenta prévia com diagnóstico a partir de 14 semanas	10
Hepatopatias (exemplo: cirrose, hepatites agudas e crônicas, colestase e esteatose gravídica)	10
Anemia grave (Hb<8g/dL) ou refratária ao tratamento (após 30-60 dias com sulfato ferroso por via oral)	10
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	10
Câncer materno com diagnóstico durante gestação	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama ou MMG com BI-RADS 3 ou mais	10
Lesão de alto grau em colo uterino - NIC 2 ou 3 (encaminhar também a colposcopia para definir o tratamento)	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal	10
Gemelaridade	10
Doenças infecciosas agudas com potencial de transmissão fetal (sífilis terciária, sífilis com falha terapêutica ou em caso de reinfecção, AIDS, HIV, HTLV, tuberculose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hanseníase, dengue, Zika, Chikungunya)	10
Condiloma acuminado	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Hiperêmese gravídica refratária ao tratamento (perda de > 5% peso corporal)	10

Tabela D - Condições clínicas prévias à gestação

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
Hipertensão arterial descompensada (encaminhar também a Cardiologia)	10
DM 1 ou DM 2 descompensado (encaminhar também à Endocrinologia)	10
Tireoidopatias (hipotireoidismo e hipertireoidismo)	10
Doenças Psiquiátricas graves (psicose e depressão grave)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, PTI e PTT, talassemias, coagulopatias); antecedentes de: tromboembolismo, AVC, IAM, TEP e TVP; tratamento com anticoagulantes	10
Cardiopatias com repercussões hemodinâmicas	10
Pneumopatias graves (DPOC, asma, doenças intersticiais pulmonares, hipertensão pulmonar)	10
Doenças autoimunes (Colagenoses, Graves, Hashimoto, LES, SAF)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valproico)	10
Doença renal crônica TFG<60 ou terapia de substituição renal)	10
Hemopatias e anemia grave (Hb<8g/dL) ou refratária ao tratamento por 30-60 dias)	10
Hepatopatias crônicas (hepatites virais, cirrose)	10
Transplantes	10
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses	10
Epilepsia	10
Anormalidades do trato genitourinário (malformações mullerianas, miomas sintomáticos, massas anexiais complexas após 18 semanas, histórico de ruptura uterina)	10
Histórico de conização ou traquelectomia	10
Infecção por HIV com má adesão ao tratamento e/ou CV detectável e/ou CD4<250 e/ou coinfeção	10

Acesso ao Ambulatório de Atenção Especializada (AAE/PNAR)

Ao ser classificada como sendo de alto risco a gestante deverá ser regulada via Sistema de Regulação (SISREG) para o AAE/PNAR (Santa Catarina, 2025).

Conteúdos descritivos mínimos gerais

- Paridade
- Data da última menstruação (DUM)
- Idade gestacional (IG)
- Data provável do parto (DPP)
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes clínicos
- História clínica atual e tratamentos já realizados até o momento
- Dados relevantes do exame físico (peso anterior à gestação, peso atual, índice de massa corpórea - IMC, pressão arterial, altura uterina, entre outros)
- Exames laboratoriais mais recentes e aqueles com alterações
- USG obstétrica
- Histórico de teleconsultorias já realizadas

Definição de prioridades pela regulação (ATENÇÃO!!!)

Apesar da combinação de fatores de risco implicar numa maior complexidade do caso, isso não necessariamente significa que a gestante em questão se enquadra na prioridade mais alta na regulação de vagas para o AAE/PNAR. Observe pelo [protocolo de regulação de pré-natal de alto risco](#) que o/a médico/a regulador utiliza três níveis de prioridade (verde, amarelo e vermelho) para definir a posição da gestante na fila de espera, priorizando aquelas com fatores de risco e história clínica mais provável para descompensações em curto prazo. Portanto, para que o serviço de regulação seja otimizado, permitindo que haja oferta adequada de vagas para as gestantes de maior risco (“vermelho” ou “amarelo”) em menor tempo, é imprescindível o preenchimento completo dos encaminhamentos contendo, além da pontuação dos fatores de risco, os dados completos da gestante.

ATENÇÃO! É nesta etapa que se encontram as maiores inconsistências, as quais trazem como consequência a demora no agendamento das consultas. **Os principais problemas identificados são:**

- **Informações incompletas.** Todos os encaminhamentos devem conter obrigatoriamente as seguintes informações: paridade, data da última menstruação, data provável do parto, idade gestacional, antecedentes gerais e obstétricos, achados da anamnese e exame físico, resultado de controles ou exames laboratoriais alterados e achados ultrassonográficos que sugerem ou confirmam diagnóstico. No protocolo consta detalhamento necessário para cada condição adversa de saúde em “conteúdo descritivo mínimo”.

É essencial que as informações estejam completas para que seja dada a prioridade necessária em agendas com muitas demandas e maior tempo de espera. Quando não realizada desta forma, a paciente poderá ser sub classificado, mesmo em casos mais graves.

- **Demora na devolutiva quando solicitada a complementação dos dados informados pelo município.** Serão devolvidos os encaminhamentos com as seguintes características: diagnósticos genéricos ou não especificados, falta de exames confirmatórios ou de tratamentos instituídos. É necessário ter agilidade no retorno com as informações solicitadas.
- **O absentismo de pacientes e dificuldade para o reaproveitamento de vagas.** Quando identificada a impossibilidade de comparecimento da gestante à consulta em AAE é necessário cancelar a solicitação via SISREG com pelo menos 4 dias de antecedência para que seja possível o reaproveitamento da vaga. Isso se dá pela limitação do sistema e por um possível atraso na visualização de informações atualizadas. Além disso, faz-se necessário tempo hábil para o contato com uma nova paciente e a realização de trâmites para seu deslocamento e comparecimento na consulta.
- **Característica tempo-sensível.** Casos urgentes deverão ser tratados com a prioridade que requerem, sendo importante o encaminhamento imediato às portas de urgência e emergência de referência.
- **Piora do quadro sem a atualização para a regulação.** Durante o período em que a gestante aguarda autorização de consulta no pré-natal de alto risco, ocorrendo piora do quadro clínico ou resultado de novos exames alterados, a APS deve, obrigatoriamente, solicitar a devolução da encaminhamento para inserir as novas informações e reenviar ao SISREG para nova classificação de prioridade.
- **Nos casos de resolução da gravidez (nascimento ou abortamento) ou mudança de cidade,** a APS deve excluir o encaminhamento do SISREG e informar o motivo da exclusão por e-mail.

Apresentamos 3 casos que exemplificam como a falta de informações nos encaminhamentos podem dificultar a definição de prioridade e atrasar os agendamentos mais críticos:

1. uma primigesta, primeiro trimestre, sem antecedentes clínicos com resultado de glicemia de jejum 92 *versus* uma primigesta, primeiro trimestre com diabetes insulino-dependente. Ambas são encaminhadas erroneamente como “DMG 10 pontos”, não sendo possível classificar o risco adequadamente. Note que a primeira sequer deve ser encaminhada antes de instituir medidas não farmacológicas na APS e que a segunda deve ser classificada como amarelo ou vermelho.
2. gestante, raça negra, primeiro trimestre, com HAS soma 12 pontos *versus* gestante, terceiro trimestre, com pré-eclâmpsia soma 10 pontos. Note que o segundo caso tem maior risco obstétrico que o primeiro, devendo ter prioridade em relação à esta para agendamento de consulta, porém pontua menos.
3. gestante primeiro trimestre com IMC 30 e glicemia de jejum 92 soma 14 pontos *versus* gestante terceiro trimestre, com glicemia/TOTG e/ou controle severamente alterados, já em uso de medicação, soma 10 pontos. Note que o segundo caso tem maior risco obstétrico que o primeiro, todavia pontua menos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: [Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres](#). Acesso em: 14 abril 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [Manual de gestação de alto risco](#). Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. Imprensa Nacional. Diário Oficial da União. Portaria SECTICS/MS N°13, de 3 de abril de 2024. **Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o exame para detecção pré-natal de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 1/2 em gestantes**. 2024. Disponível em: [Portaria SECTICS/MS N°13, de 3 de abril de 2024](#). Acesso em: 14 abr. 2025.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C.; organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: [As redes de atenção à saúde](#). Acesso em: 14 abr. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e gestão. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado Materno Infantil. 2019**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado/materno-infantil>. Acesso em: 14 abr. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **Nota Técnica Conjunta N° 4/2024 - DAPS/DIVE/LACEN/SPS/SUV/SES/SC. Dispõe sobre a implantação do diagnóstico molecular da Clamídia e Gonococco (CT/NG) na rede de atenção (PCDT/IST)**. 21/02/2024. Disponível em: [Nota Técnica Conjunta N° 4/2024](#). Acesso em: 14 abr. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha de cuidado materno e infantil**. 2025. Disponível em: [Linha de cuidado materno e infantil](#). Acesso em: 14 abr. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **NOTA DE RECOMENDAÇÃO N° 001/2025 CEPOMIF/SC**. Disponível em: [NOTA DE RECOMENDAÇÃO N° 001/2025 CEPOMIF/SC](#). Acesso em: 14 abr. 2025.

SISTEMA DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA (SADEC). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. [s.d]. Disponível em: [SADEC - Pré-natal: Acolhimento pré-natal](#). Acesso em: 14 abr. 2025.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SBIAE). **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.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE](#)