



Estratificação do Risco Gestacional

Enf. Obst. Ana Cláudia Sierra Martins

Conceito



A classificação de risco em obstetrícia é uma **ferramenta de apoio** à decisão para **identificação imediata** da gravidade da gestante, que garante atendimento rápido e seguro de acordo com o **potencial de risco** e a partir de evidências científicas.

Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde; 2017





A estratificação do risco em obstetrícia é um **processo** que classifica o risco de mulheres grávidas e puérperas.

O objetivo é identificar as mulheres com maior probabilidade de desenvolver complicações ou condições de saúde, para que possam receber uma atenção diferenciada e intervenções precoces e personalizadas.

Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.
Brasília: Ministério da Saúde; 2017



Nove pontos importantes na estratificação do risco obstétrico





- 1- A estratificação de risco é contínua.
- 2- O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal.
- 3- A estratificação do risco é absoluta.
- 4- A comunicação adequada entre as equipes assistenciais é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco
- 5- As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde.





6- Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado

7- Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais

8- Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal

9- As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata.

Pré-Natal na APS



Pré-Concepção

Ofereça avaliação pré-concepcional para mulheres/casal que queiram engravidar.
Ofereça testagem rápida para mulheres com suspeita de gravidez.

1º Consulta

- Realize Anamnese, exame físico e rastreamento para câncer de colo do útero se indicado.
- Solicite os exames complementares padronizados para o 1º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.
- Realize rastreio para violência sexual e oriente sobre interrupção, caso a mulher não queira continuar a gestação.
- Encaminhe para avaliação odontológica.

2º Trimestre

- Realize Anamnese e exame físico.
- Solicite os exames complementares padronizados para o 2º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.
- Encaminhe para atualização das vacinas.

3º Trimestre

- Realize Anamnese e exame físico.
- Solicite os exames complementares padronizados para o 3º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.

Puerpério

- Realize Anamnese e exame físico com abordagem ao puerpério.
- Estimule a amamentação.



- 1 Busca ativa das gestantes do território, para que tenha início precoce.
- 2 Consultas mensais até 28 semanas; Quinzenais da 28^a até a 36^a semana; Semanais da 36^a semana até o parto e nascimento.
- 3 Classifique risco gestacional a cada consulta
- 4 Realize busca ativa em caso de ausência em consultas programadas;
- 5 Ofereça imunização conforme calendário vacinal
- 7 Mantenha registro atualizado e legível em caderneta de saúde da gestante.
- 8 Mantenha contato com maternidades de referência, pactuando contra referência de gestantes, puérperas e crianças.

Exames Pré-Natal Habitual

1ª Consulta

- Hemograma
- Glicemia de Jejum (rastreamento DMG)
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Teste rápido para Sífilis e/ou VDRL
- Sorologia para Hepatite B (HbsAg)
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Exame qualitativo de urina e urocultura (EQU)
- Eletroforese de Hemoglobina

2º Trimestre

- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Teste de tolerância à glicose (rastreamento DMG positivo)
- Glicemia de Jejum (rastreamento DMG negativo)

3º Trimestre

- Hemograma
- Glicemia de Jejum
- Tipagem sanguínea
- Teste rápido para Sífilis e/ou VDRL
- Sorologia para Hepatite B (HbsAg)
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Exame qualitativo de urina e urocultura (EQU)



HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

Dois abortos consecutivos ou três não consecutivos (nenhuma conduta na gestação atual impedirá novo aborto se a causa não for conhecida. Portanto, a menos que a paciente já tenha sido investigada e uma causa definida, não há como indicar tratamento clínico para evitar nova perda gestacional. Encaminhar para investigação fora do ciclo gravídico e puerperal).	2
Prematuridade na gestação anterior	2
Mais de um parto prematuro (<36 semanas)	10
Restrição de crescimento intrauterino na gestação anterior	2
Natimorto sem causa determinada	10
Incompetência Istmo Cervical	10
Isoimunização Rh	5
Pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim: eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal intrauterino, internação materna em UTI	10
Psicose puerperal na gestação anterior	10
Transplante	5
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses	10
Acretismo placentário	2

Até 4 pontos

Baixo Risco (Risco Habitual)

5 a 9 pontos

Médio Risco

10 ou mais pontos

Alto Risco

PONTUAÇÃO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES

Idade menor que 15 anos	2
Idade maior que 40 anos	2
Mulher de raça negra	1
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)	1
Tabagista ativo	2
Indícios de ocorrência de violência	2
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola	2
Baixo peso no início da gestação (IMC <18).	2
Sobrepeso (25-29,9 kg)	1
Obesidade (IMC > 30 - 39,9 kg)	4
Obesidade grau 3	10

A soma dessa sessão não configura encaminhamento direto ao alto risco. Exceção ao obesidade grau 3.

Até 4 pontos

Baixo Risco (Risco Habitual)

5 a 9 pontos

Médio Risco

10 ou mais pontos

Alto Risco

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

Doença Hipertensiva da Gestação/Pré-eclâmpsia ¹	10
Diabetes Gestacional não compensada com dieta durante 2 semanas. ²	10
Infecção Urinária de repetição (3 x ou mais) ou infecção urinária alta	10
Cálculo renal com obstrução	10
Restrição de crescimento intrauterino	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia.	10
Polidrâmnio/ Oligoidrâmnio	10
Colo curto em USG transvaginal entre 20 e 24 semanas	10
Suspeita de acretismo placentário	10
Placenta prévia com diagnóstico após 28 semanas de gestação com ou sem sangramento	10
Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases)	10
Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento	10
Isoimunização RH	10

¹PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg com ou sem proteinúria aferida em 2 momentos diferentes, com intervalo mínimo de 4 horas, identificada após 20 semanas de gestação em mulheres com PA previamente normal.

²Glicemia de jejum (92-125 mg/dL); glicose plasmática de 1 hora (> 180 mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g; glicose plasmática de 2 horas (153-199 mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g.

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL (continuação)

Câncer materno com diagnóstico ou tratamento durante a gestação	10
Neoplasias ginecológicas na gestação atual	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama	10
Lesão de alto grau em colo uterino (NIC II - III). (deve ser encaminhada primeiramente para o Ambulatório de Patologias do Trato Genital Inferior para definição da conduta)	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia Fetal* (Encaminhar para Consulta Obstetrícia em Medicina Fetal)	10
Gemelaridade	10
Sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina)	10
Condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal)	10
Hepatites agudas com diagnóstico em gestação atual	10
Hanseníase com diagnóstico na gestação atual	10
AIDS/HIV com diagnóstico na gestação	10
Tuberculose	10
Toxoplasmose OU rubéola OU citomegalovírus diagnosticado na gestação atual com risco de transmissão fetal.	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Endocrinopatias descompensadas (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)	5
Suspeita ou confirmação de COVID-19 (Deve ser acompanhada a evolução de quadro clínico por telemonitoramento e teleconsultas. Os casos graves devem ser imediatamente encaminhados para urgência/hospitais)	5

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO

Hipertensão Arterial descompensada (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Diabetes Mellitus 1 ou 2 (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico). (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses, depressão grave). (deve ser encaminhada concomitantemente para o Psiquiatra para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias), antecedentes de tromboembolismo	10
Cardiopatias com repercussão hemodinâmica (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)	10
Pneumopatias Graves (DPOC, Asma)	10
Doenças Auto-imunes (Colagenose)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valproico)	10
Doença Renal Grave	10
Hemopatias e Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dl)	10
Hepatopatias crônicas (Hepatites Virais, Cirrose). (Deve ser encaminhada primeiramente para o Hepatologista e/ou Gastroenterologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.)	10



Exercício de Análise

Qual o perfil de gestantes que frequentam o serviço de alto risco?

No serviço de alto risco, existem até 30% do total de gestantes cadastradas no município?

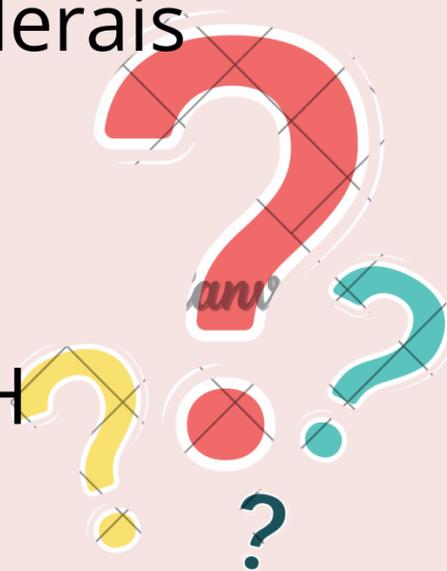
Oferta e garantia resultados de exames para as GRH e GAR?

Como as gestantes chegam no PNAR? SISREG? Vaga regulada?

Temos tempo hábil para referenciar as GAR aos serviços Estaduais e Federais (SER)

Garantia do planejamento reprodutivo para as puérperas AR?

Promovendo a Amamentação no PNAR? Risco prematuridade - BLH





Escore Meows

O que é? Tabela de variáveis (temperatura, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, nível de consciência, saturação de oxigênio e volume urinário);

Objetiva-se a avaliar a gestante/parturiente/puérpera a partir de uma Escala de pontuação adaptada (3-2-1-0-1-2-3).

As variáveis são referentes aos **sinais vitais da paciente**, que recebem pontuações em acordo aos valores identificados, **sinalizando o risco antes da sua descompensação clínica.**

Bircher, Trust Guideline for the use of the Modified Early Obstetric Warning Score 2018



Escore Meows

O método promove a comunicação entre as equipes de enfermagem e médica para que a conduta/intervenção seja aplicada, baseada em protocolos previamente elaborados.

Bircher, Trust Guideline for the use of the Modified Early Obstetric Warning Score 2018

Escore Meows

Pontuação	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura (C)	-	< 35	-	35-37,4	37,5-37,9	38 -39	>39
PA Sistólica (mmHg)	<70	70-89	-	90-139	140-149	150-159	>160
PA Diastólica (mmHg)	-	<45	-	45-89	90-99	100-109	>110
Freq. Cardíaca (bpm)	<50	-	50-59	60-99	100-109	110-129	> 130
Freq. Respiratória (irpm)	<12	13-15	-	16-20	21-24	25-30	>30
Nível de consciência	Inconsciente	Sonolenta	-	Alerta	-	-	-
Saturação %	< 92	92- 95	-	>96	-	-	-
Volume urinário (ml/h)	<10	10-29	-	>30	-	-	-

Tabela 2: Plano de ação imediato de acordo com o escore de alerta do Sistema de Alerta Obstétrico Precoce Modificado, adaptado para o modelo brasileiro

Escore Alerta	Plano de Ação
0 a 2	Técnico de Enfermagem seguir a prescrição de enfermagem, a vigilância e o tratamento prescritos. Se mantiver escore 2 reavaliar a cada 4 horas. Caso se repita em três avaliações consecutivas ou parâmetro amarelo deve-se informar ao Enfermeiro Obstetra.
3 a 4	Enfermeiro Obstetra: avaliar a cada 1 hora. Reavaliar a prescrição de enfermagem e introduzir o protocolo de abordagem preliminar. Se escore voltar para 2: reavaliar a cada 1 hora; se repetir escore = 4 em 3 avaliações consecutivas: informar ao Médico Obstetra e encaminhar à Unidade Hospitalar através Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
5 a 6	Médico Obstetra e Enfermeiro Obstetra, no ambiente hospitalar, deverá avaliar a cada 30 minutos e iniciar o protocolo de abordagem preliminar ao paciente crítico.
>7	Médico anestesista ou intensivista deve manter monitorização contínua. Considerar necessidade de transferência para unidade de terapia intensiva. Manter protocolo de abordagem para paciente crítico. Iniciar protocolos específicos da Unidade de Terapia Intensiva.

(Bircher, 2018; Nunes, Hirakawa, Okido apud Febrasgo, 2019)

REFERÊNCIAS

BIRCHER C. Trust Guideline for the use of the Modified Early Obstetric Warning Score (Meows) in Detecting the Seriously Ill and Deteriorating Woman. London: NHS Foundation Trust; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Mar 08]. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Mar 08]. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016 [cited 2021 Mar 15]. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf



<http://lattes.cnpq.br/9350362171936942>

Contatos: anclaudiamartins@id.uff.br