



NOTA TÉCNICA

Estratificação de Risco Gestacional para a Organização da Assistência à Saúde das Gestantes

Nº 02 | 11/03/2025



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de Atenção à Saúde e
Desenvolvimento Regional**
Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretária Executiva de Políticas de Saúde
Maria Vaudelice Mota

**Secretário Executivo de
Vigilância em Saúde**
Antônio Silva Lima Neto

**Coordenadoria de Atenção
às Redes de Saúde**
Rianna Nargilla Silva Nobre

**Coordenadoria de Atenção
Primária à Saúde**
Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

**Coordenadoria de Gestão do
Cuidado Integral à Saúde**
Luciene Alice Silva

**Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e
Prevenção em Saúde**
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

Elaboração e Revisão
Álef Lucas Dantas de Araújo Silva
Ana Amélia Lins Cavalcante
Ana Maria Martins Pereira
Ana Beatriz Ferreira Pinheiro
Anuzia Lopes Saunders
Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt
Carlos André Moura Arruda
Larissa Farias de Lima
Louise Myrella Santos de Sousa
Maria Vilani de Matos
Maria Socorro Moisés de Melo
Pedro Antônio de Castro Albuquerque
Priscilla Cunha da Silva
Talyta Alves Chaves Lima
Thialisson Santos Ribeiro
Wagner Carlos Félix
Zeus Peron Barbasa do Nascimento

APRESENTAÇÃO

A avaliação por estratos de riscos é um dos elementos centrais na organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, por estabelecer a assistência com qualidade certa para garantir a segurança do binômio mãe/filho.

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil ainda são elevados, o enfrentamento dessa realidade é uma das prioridades das Políticas Públicas de Saúde em todas as instâncias de gestão e assistência do Estado.

Neste sentido, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará elaborou esta Nota Técnica com o objetivo de rever os critérios de estratificação de risco da gestante de forma a estabelecer o grau de complexidade de atenção necessário e definir os fluxos assistenciais na rede de acompanhamento pré-natal no Estado do Ceará.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

Em 2024 foi publicada a Portaria GM/MS N° 5.350 de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. A Rede Alyne é uma estratégia do Ministério da Saúde que propõe a melhoria do atendimento às mulheres e às crianças disponibilizando atendimento de pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários e vinculação da gestante a uma maternidade de referência para o parto. (Brasil, 2011; Brasil, 2024)

A Rede tem como objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, garantindo acesso organizado na Atenção à Saúde Materna e Infantil, com acolhimento e resolutividade, reduzindo a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena (Brasil, 2024)

A Rede de Atenção Materno Infantil é formada por todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Ressalta-se que a assistência materno-infantil deve ser realizada desde o pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2019).

O planejamento e a organização de uma Rede de Atenção à Saúde, deve proporcionar o acesso e acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico-puerperal. O conhecimento desta população adstrita a um determinado território de saúde se torna importante para a estratificação sucessiva como mostra na figura 01:



Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO NO PRÉ-NATAL

O cuidado à gestante é um compromisso de todos os entes federados e de todos os serviços e pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Portanto, a realização do pré-natal, com qualidade, desempenha papel fundamental no que tange à prevenção e/ou detecção precoce de patologias no âmbito materno e fetal, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.

Neste contexto, a estratificação de risco da gestante compreende três níveis: risco habitual, risco intermediário e alto risco. Essa estratificação viabiliza a assistência adequada e oportuna, possibilitando o estabelecimento da sua vinculação, seja no pré-natal, na atenção ambulatorial especializada (AAE) e/ou ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto. Ela deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal.

Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada e encaminhada, conforme os critérios estabelecidos, para os locais de referência. Mesmo quando for referenciada para avaliação ou seguimento em um outro serviço de maior complexidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) deverá continuar o acompanhamento.

Baixo Risco (Habitual)

Deve ser acompanhada pela equipe de APS durante toda a assistência ao pré-natal com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a), avaliação com o dentista da equipe saúde bucal..

Médio Risco (Intermediário)

São gestantes que apresentam alguns fatores de risco que implicam em maior vigilância e cuidado na gestação. Quanto maior o número de critérios combinados, maior a complexidade da situação. De acordo com a avaliação clínica na APS, a gestante deverá ser encaminhada ao Ambulatório de Atenção Especializada – AAE, para um cuidado compartilhado.

Alto Risco

Gestantes com fatores clínicos relevantes e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções de maior nível de complexidade. De acordo com a clínica deverá ser acompanhada pela APS, compartilhar o cuidado com AAE e Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco.

2.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO NO PRÉ-NATAL

➤ Quadro I: Pontos de atenção: risco gestacional e fatores de risco

BAIXO RISCO (Habitual)
<p>Características individuais e condições sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none">• Idade entre 16 e 34 anos.• Aceitação da gestação. <p>Condições clínicas prévias à gestação</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de intercorrências clínicas• Tabagismo (Fagerström <8) <p>Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de intercorrências ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.
MÉDIO RISCO (Intermediário)
<p>Características individuais e condições sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none">• Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos.• Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse.• Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero.• Situação conjugal insegura.• Insuficiência de apoio familiar.• Capacidade de autocuidado insuficiente.• Não aceitação da gestação.• Baixa escolaridade (<5 anos de estudo).• Uso de medicamentos teratogênicos.• Altura menor que 1,45 m.• IMC <18,5 ou 30 kg/m² a 39 kg/m².• Transtorno depressivo ou de ansiedade leve.• Uso ocasional de drogas ilícitas.• Etilismo sem indicativo de dependência.• Tabagismo com baixo grau de dependência*. (Fagerström 8 a 10 pontos)• Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes.• Gestante negra (cor de pele preta ou parda).• Outras condições de saúde de menor complexidade. <p>História reprodutiva anterior</p> <ul style="list-style-type: none">• Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos).• Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior.• Insuficiência istmo-cervical.• Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia).• Malformação fetal.• Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos).• Diabetes gestacional.• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade.• Infertilidade.• Cesáreas prévias (2 ou mais).• Intervalo interpartal <2 anos.

2.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO NO PRÉ-NATAL

Condições clínicas prévias à gestação

- Depressão e ansiedade leve e moderada com e sem necessidade de tratamento medicamentoso
- Asma controlada sem uso de medicamento contínuo.
- Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.

Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual

- Gestação resultante de estupro.
- Gestação gemelar dicoriônica- -diamniótica.
- Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal.
- Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal.
- Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite.
- Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo).
- Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples.
- Suspeita ou confirmação de dengue, vírus zica ou chikungunya (quadro febril exantemático).
- Restrição de crescimento fetal suspeita.
- Feto acima do percentil 90%.
- Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9g/dl e 11g/dl)

ALTO RISCO

Características individuais e condições sociodemográficas

- Etilismo com indicativo de dependência*.
- Tabagismo com indicativo de dependência elevada*.
- Dependência e/ou uso abusivo de drogas.
- Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥ 40 kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).

História reprodutiva anterior

- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).
- Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada.
- Isoimunização Rh em gestação anterior.
- Acretismo placentário.
- Prematuridade anterior.
- Isoimunização Rh em gestação anterior.
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal.

2.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO NO PRÉ-NATAL

Condições clínicas prévias à gestação

- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica – doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística).
- Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos).
- Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
- Histórico de tromboembolismo.
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolípideo – SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses).
- Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação.
- Neoplasias (qualquer) – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento.
- Transplantes
- Cirurgia bariátrica.
- Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal).
- Diagnóstico de HIV/aids prévio.
- Transtorno mental grave que necessitem de acompanhamento (Psicose ou depressão grave).

Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual

- Gestação de homens transsexuais.
- Mola hidatiforme.
- Gestação gemelar monócóricia.
- Gestação multifetal (mais de 1 feto na cavidade uterina).
- Gestação por reprodução assistida.
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
- Diabetes gestacional com necessidade de insulina ou com repercussão fetal.
- Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou de instalação precoce (<34 semanas).
- Tromboembolismo na gestação.
- Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite.
- Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/aids na gestação.
- Restrição de crescimento fetal confirmada.
- Desvios da quantidade de líquido amniótico.
- Isoimunização Rh.
- Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual.
- Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual.
- Anemia grave (hemoglobina <9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento.
- Hemorragias na gestação atual.
- Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas).
- Acretismo placentário.
- Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente).
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
- Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado.
- Outras condições de saúde de maior complexidade.

2.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO NO PRÉ-NATAL

Alto risco com situações especiais com acompanhamento na Atenção Terciária:

- Gestação múltipla monicoriônica
- Isoimunização Rh
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Diagnóstico de HIV/AIDS
- Transplantes

Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que devem ser avaliadas em contexto hospitalar

- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento.
- Anemia grave (Hb \leq 7 g/dL).
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão.
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110 mmHg).
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria).
- Eclâmpsia/convulsões.
- Hipertermia (Temperatura axilar \geq 37,8°C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores.
- Suspeita de trombose venosa profunda.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo.
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Prurido gestacional/icterícia.
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e abortamento).
- Idade gestacional de 41 semanas ou mais.

Quadro I : Fluxo de atenção na Rede Materno-infantil

Estratificação de Risco Gestacional	Pré-natal
Baixo Risco (Habitual)	Unidade Básica de Saúde
Médio Risco (Intermediário)	Unidade Básica de Saúde/ Policlínica ou Serviço Especializado
Alto Risco	Unidade Básica de Saúde/ Policlínica / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco

3 FLUXO DE REFERÊNCIA NA REDE ASSISTENCIAL

A estratificação de risco para a gestante foi estabelecida como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH)

O fluxo de referência na rede assistencial Estadual da estratificação de risco da gestação irá determinar o local de realização do Pré- Natal, ou seja, na APS para as gestantes de risco habitual ou de forma compartilhada com a AAE para as gestantes de risco intermediário e alto risco. Da mesma forma irá determinar a referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência.

Figura 1: Fluxo de Referência na Rede Assistencial Estadual da Estratificação de Risco da Gestação

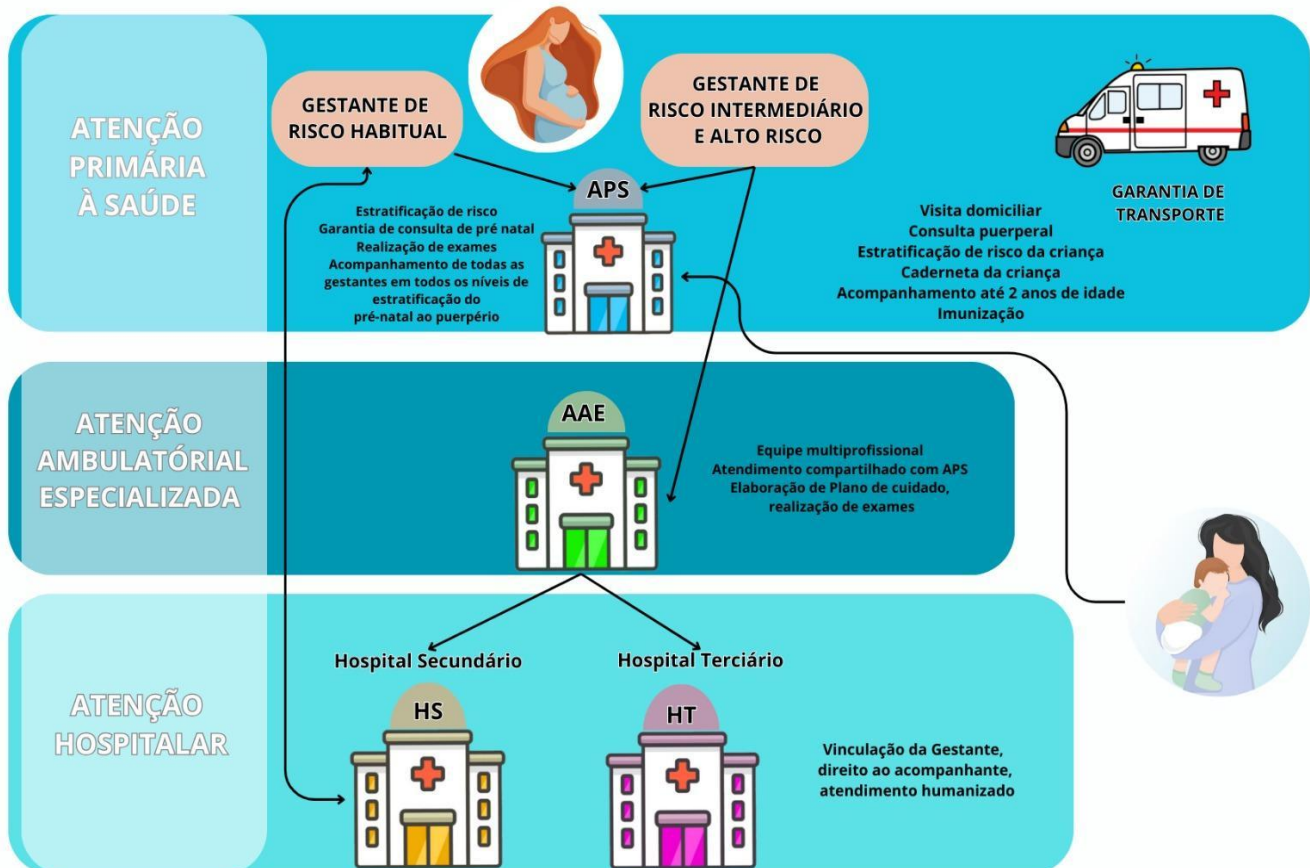
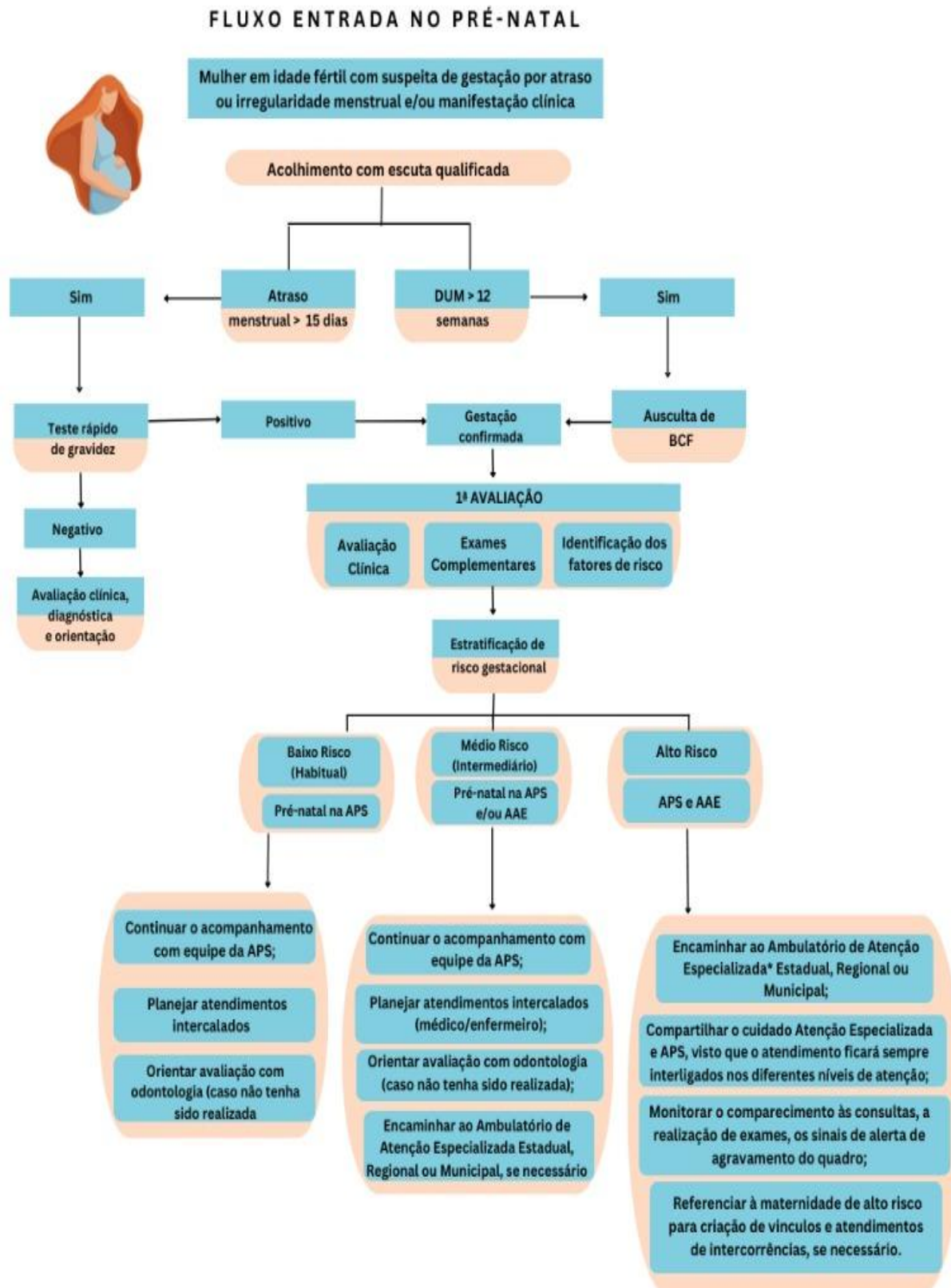


Figura II : Fluxograma Porta de entrada da gestante no pré-natal e avaliação de risco para estratificação de risco.



Quadro II: Pontos de Atenção Hospitalar para a gestação de alto risco habilitados pelo Ministério da Saúde

ATENÇÃO HOSPITALAR DE REFERENCIA A GESTACAO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II)			
Superintendência	CNES	Estabelecimento	Município
SR Fortaleza	2499363	HGCC Hospital Geral Dr César Cals	FORTALEZA
	2497654	HGF Hospital Geral de Fortaleza	FORTALEZA
	2481286	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	FORTALEZA
SR Sertão Central	2328399	Hospital e Maternidade Jesus Maria José HMJM	QUIXADÁ
SR Cariri	2564211	Hospital Maternidade São Vicente De Paulo HMSV	BARBALHA
SR Sobral	3021114	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	SOBRAL

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2024.

Quadro III: Pontos de Atenção Territorial

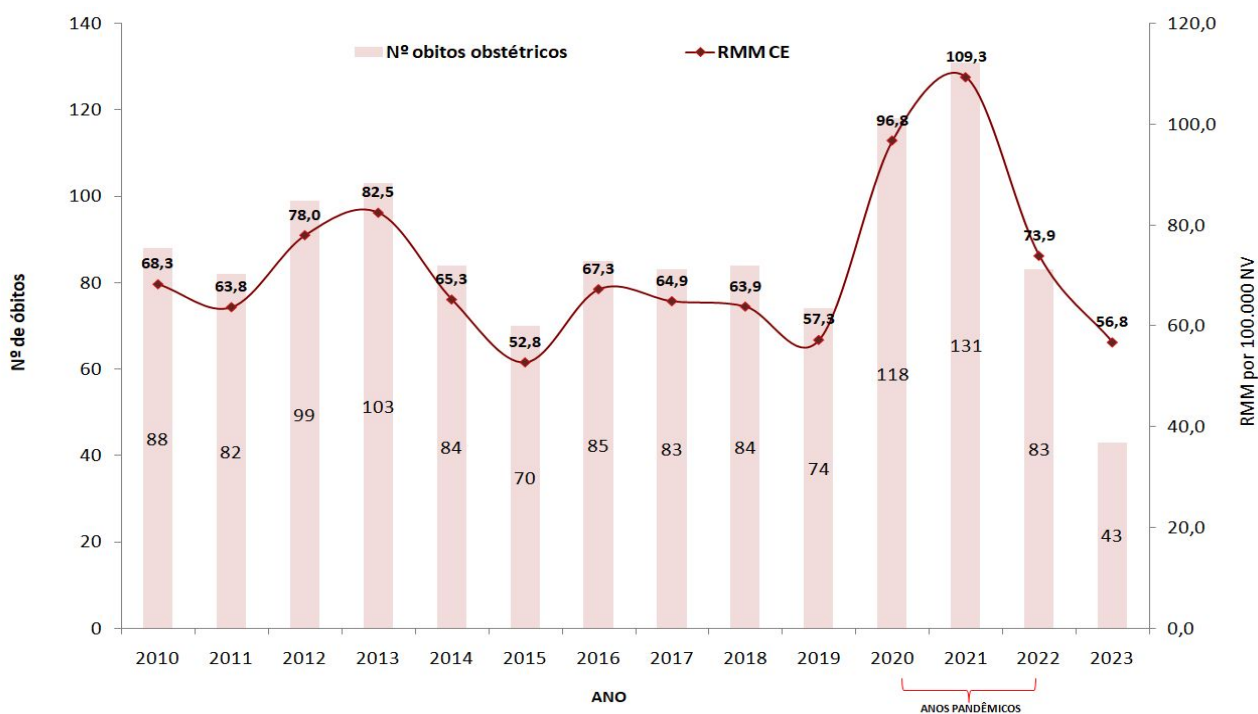
NÍVEL DE ATENÇÃO	POSTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE		TERRITÓRIO SANITÁRIO	
Atenção terciária à saúde	Hospital de alto risco	Casa de apoio à gestante, bebê e puérpera	Região de saúde	
Atenção secundária à saúde	Hospital de risco habitual e intermediário	Policlínica (gestante e criança de risco)	Região de Saúde	
	Hospital de risco habitual			
Atenção primária à saúde	Equipe Multiprofissional (eMulti)		Município	Município
	Unidade Básica de Saúde (UBS)		Área de abrangência	
	Domicílio (ACS)		Microárea	

Fonte: SESA, 2024.

4 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO CEARÁ

Segundo análise temporal de 2010 a 2023, percebe-se uma flutuação no indicador, explicado pelo fato de que, pequenas variações no número absoluto do óbito determinam significativo impacto na Razão de Mortalidade Materna. Porém, nota-se que nos anos anteriores a 2020, mais precisamente no período de 2016 a 2019, o comportamento da curva tornou-se mais estável, com tendência de redução, apresentando queda de 16,1% embora em níveis ainda bastante elevados (Figura 1).

Figura 1. Razão de Mortalidade Materna (RMM)*, Ceará 2010 a 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/ Módulo WEB Federal. Nota: *RMM para os anos de 2022 e 2023 dados preliminares sujeitos a revisão, atualizados em 03/01/2024.

No Ceará, na série histórica analisada de 2011 a 2022 nota-se que o percentual de óbitos investigados de mulheres em idade fértil apresentou um considerável aumento, passando de 84,3% em 2011 para 96,6% em 2022. Nesse mesmo período verifica-se a predominância dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, exceto nos anos de 2020 e 2021, em que o número de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas prevaleceu, condição essa atribuída ao aparecimento da pandemia COVID-19.

Tabela 1. Número de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Maternos, segundo Natureza do Óbito. Ceará, 2011 a 2023*

Ano	Óbitos de mulheres em idade fértil		Óbitos maternos					Total
	Nº	% investigados	Obstétricos			Obstétrico Tardio	Não Obstétricos	
			Direto	Indireto	Não especificado			
2011	2.539	84,3	54	24	4	21	9	112
2012	2.700	84,7	65	33	1	25	11	135
2013	2.815	81,5	79	20	4	29	8	140
2014	2.610	80,8	51	30	3	39	12	134
2015	2.705	84,6	37	30	3	35	4	109
2016	2.694	87,6	51	30	4	20	14	119
2017	2.685	91,1	57	25	1	24	18	125
2018	2.887	94,7	44	40	-	28	24	136
2019	2.630	91,0	43	31	-	33	15	122
2020	3.234	87,3	53	63	2	13	15	146
2021	3.844	98,4	45	85	1	10	16	157
2022	2.971	96,6	40	39	4	5	15	103
2023*	2.677	82,9	17	32	3	3	6	61

Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/ Módulo WEB Federal *Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/01/2024.

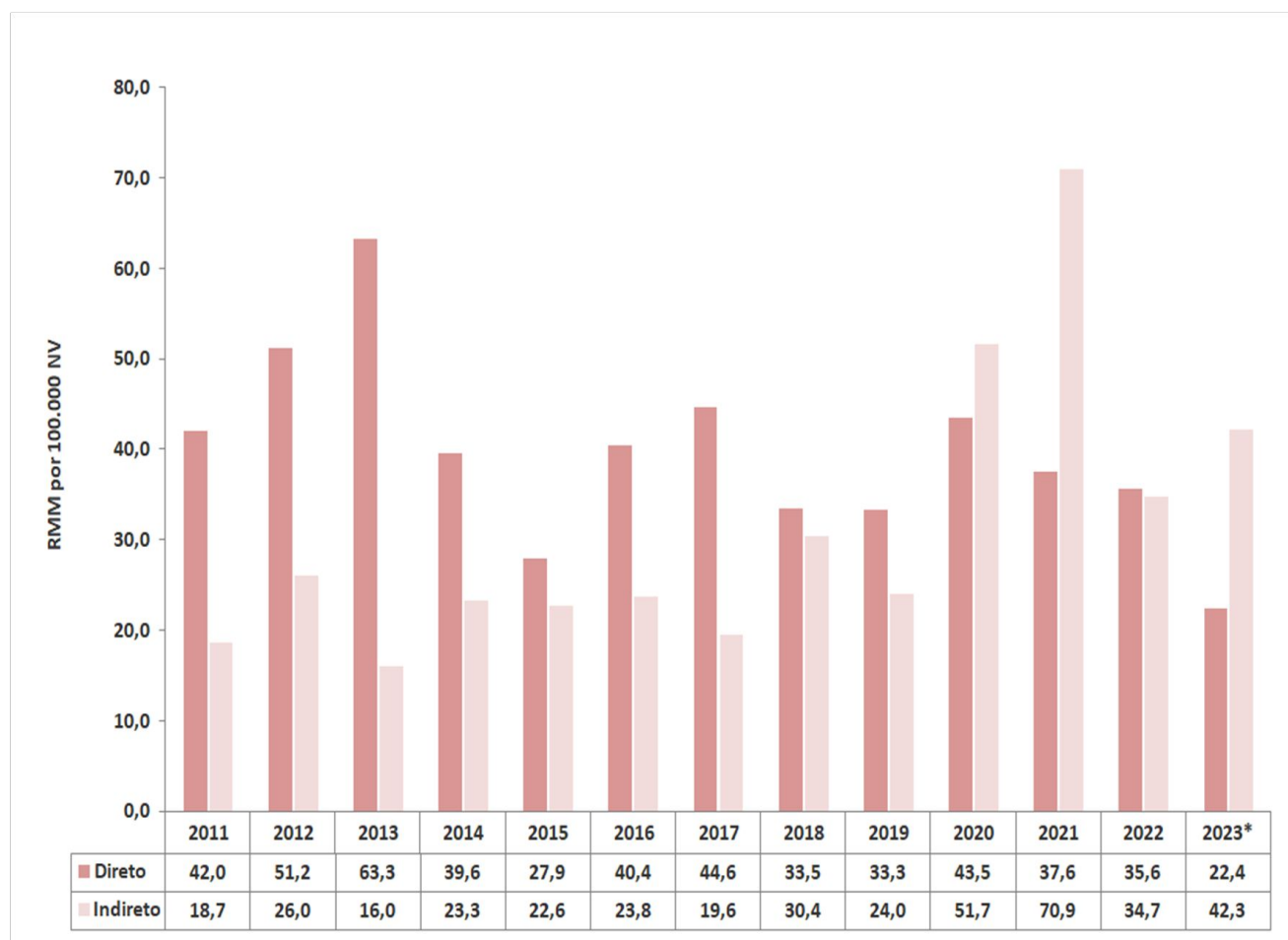
No período analisado, a Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME) por causas de mortes maternas obstétricas diretas, sempre apresentaram valores superiores às indiretas até 2019. A RMME da causa obstétrica direta variou entre 27,9 e 63,3 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 2013 foi a mais elevada, 63,3 em cem mil nascidos vivos. Observa-se que de 2011 para 2022 houve uma redução de 15,2% nas causas obstétricas diretas. (Figura 2).

Já a RMME das mortes maternas obstétricas indiretas variou entre 16,0 e 70,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos, tendo no ano de 2021 a mais elevada RMME 70,9 por 100.000 mil nascidos vivos. Já no período de 2011 a 2022 observa-se o incremento de 85,6% nestas causas indiretas. (Figura 2).

A relação entre a razão da mortalidade materna por causas diretas sobre as indiretas caiu de 2,3 em 2011 para 1,0 em 2022, o aumento de proporção de causas indiretas indica uma provável melhoria nas investigações dos óbitos suspeitos. (Figura 2).

Em 2020 e 2021 houve uma inversão, as causas indiretas ultrapassaram as diretas, certamente influenciada pela ocorrência da pandemia de COVID-19, em 2022 provavelmente devido às medidas de prevenção, incluindo a vacinação para a covid19 a mortalidade pelas causas indiretas reduziram, equiparando o total das ocorrências com das causas diretas (Figura 2).

Figura 2. Razão de Mortalidade Materna (RMM), segundo Causas Obstétricas. Ceará, 2011 a 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/ Módulo WEB Federal *Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/01/2024.

Ao analisar os principais grupos de causas obstétricas diretas no período 2011 a 2022, verifica-se que doença hipertensiva e hemorragia encontram-se entre os maiores riscos de mortes maternas, além disso ambas apresentaram incremento, de 45,3% e 3,5% e respectivamente (Tabela 2).

Entre as causas obstétricas indiretas, as que apresentaram maior risco: doenças do aparelho circulatório com aumento de 3,5%, passando de 8,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2011 para 8,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2022. E as doenças infecciosas que no período de 2011 a 2022 apresentam acréscimo de 125%, passando de 1,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2011 para 3,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2022 (Tabela 2).

Tabela 2. Número de Mortes Maternas e Razão de Mortalidade Materna (RMM), segundo causas, Ceará, 2011 a 2022*.

Causas	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM
Aborto	3	2,3	4	3,2	6	4,8	4	3,1	3	2,3	1	0,8	2	1,6	2	1,5	1	-	1	0,8	2	1,7	1	0,9
Complicação no parto	3	2,3	1	0,8	7	5,6	8	6,2	3	2,3	4	3,2	1	0,8	-	-	5	3,9	-	-	-	-	2	1,8
Embolia	4	3,1	8	6,3	8	6,4	4	3,1	-	-	6	4,8	4	3,1	5	3,8	-	-	4	3,3	-	-	-	-
Hemorragia	11	8,6	4	3,2	8	6,4	6	4,7	5	3,8	8	6,3	8	6,3	7	5,3	3	2,3	10	8,2	6	5,0	10	8,9
Doenças hipertensivas	11	8,6	28	22,1	26	20,8	16	12,4	19	14,3	18	14,3	20	15,6	13	9,9	17	13,2	25	20,5	18	15,0	14	12,5
Anormalidade Contração Uterina	6	4,7	4	3,2	7	5,6	4	3,1	4	3,0	3	2,4	1	0,8	2	1,5	2	1,5	3	2,5	-	-	-	-
Infecção puerperal	3	2,3	5	3,9	4	3,2	6	4,7	-	-	1	0,8	2	1,6	4	3,0	4	3,1	3	2,5	2	1,7	1	-
Outras Diretas	13	10,1	11	8,7	13	10,4	3	2,3	3	2,3	10	7,9	19	14,9	11	8,4	13	10,1	12	9,8	17	14,2	12	10,7
Causas obstétrica direta	54	42	65	51,2	79	63,3	51	39,6	37	27,9	51	40,4	57	44,6	44	33,5	45	34,8	58	47,6	45	37,6	40	35,8
Doenças do aparelho respiratorio	-	-	4	3,2	3	2,4	-	-	6	4,5	1	0,8	5	3,9	5	3,8	4	3,1	6	4,9	1	0,8	2	1,8
Doenças do aparelho circulatório	11	8,6	4	3,2	10	8,0	8	6,2	9	6,8	13	10,3	8	6,3	15	11,4	11	8,5	6	4,9	14	11,7	10	8,9
Doenças do aparelho digestivo	1	0,8	4	3,2	1	0,8	5	3,9	1	0,8	5	4,0	-	-	2	1,5	3	2,3	3	2,5	1	0,8	1	0,9
Hipertensão arterial crônica	4	3,1	3	2,4	-	-	1	0,8	2	1,5	-	-	1	0,8	2	1,5	-	-	-	-	6	5,0	3	2,7
Doenças infecciosas	2	1,6	2	1,6	1	0,8	7	5,4	2	1,5	3	2,4	1	0,8	4	3,0	5	3,9	32	26,3	51	42,6	4	3,6
Diabetes	-	-	1	0,8	-	-	2	1,6	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-
Outras indiretas	6	4,7	15	11,8	5	4,0	7	5,4	9	6,8	8	6,3	9	7,0	10	7,6	6	4,6	11	9,0	11	9,2	19	17,0
Causas obstétrica indireta	24	18,7	33	26,0	20	16	30	23,3	30	22,6	30	23,8	25	19,6	38	28,9	29	22,4	58	47,6	85	70,9	39	34,9
Óbitos obstétricos não especificados	4	3,1	1	0,8	4	3,2	3	2,3	3	2,3	4	3,2	1	0,8	-	-	-	-	2	1,6	1	0,8	4	-
Total de causas maternas obstétricas	82	63,8	99	78,0	103	82,5	84	65,3	70	52,8	85	67,3	83	64,9	82	62,4	74	57,3	118	96,8	131	109,3	83	74,2
Óbitos materno obstétricos tardios	21	-	25	-	29	-	39	-	35	-	20	-	24	-	31	-	32	-	13	-	10	-	5	-
Óbitos maternos não obstétricas	9	-	11	-	8	-	12	-	4	-	14	-	18	-	24	-	16	-	15	-	16	-	15	-
Total de óbitos maternos	112	-	135	-	140	-	135	-	109	-	119	-	125	-	137	-	122	-	146	-	157	-	103	-

Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/ Módulo WEB Federal *Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/01/2024.

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas. Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

Quadro IV : Painel de Indicadores e Método de Cálculo.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE
Razão de mortalidade materna	Numerador: Número de óbitos maternos obstétricos, na população residente em determinado espaço geográfico. Denominador: Número de nascidos vivos, de mães na população residente em determinado espaço geográfico. Fator de multiplicação: 100.000	SIM/SINASC
Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes	Numerador: Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período. Denominador: número total de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 100	SINASC
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Numerador: Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, em determinado local e período. Denominador: total de gestantes cadastradas no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100	SISAB

Fonte: Sesa, 2024.

RECOMENDAÇÕES DA NOTA

Recomendações Gerais

- ❖ A estratificação de risco é absoluta. A gestante classificada na APS ou AAE como de alto risco, ela não volta a ser classificada como de baixo risco (habitual) nessa gestação;
- ❖ A estratificação de risco é contínua e a cada nova consulta de pré-natal ela deverá ser atualizada;
- ❖ A identificação das gestantes com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal;
- ❖ Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais juntamente com os setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros;
- ❖ Não existe alta da gestante da Atenção Primária em Saúde. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode acontecer em qualquer momento do pré-natal;
- ❖ Ofereça atendimento a todas as mulheres com gravidez presumida ou confirmada, independente de turno programado para esse grupo em agenda;
- ❖ Periodicidades das consultas de pré-natal de risco habitual e intermediário: Consultas mensais até a 28ª semana, consultas quinzenais da 28ª até a 36ª semana, consultas semanais da 36ª semana até o parto e nascimento. As consultas devem ser alternadas entre o médico e o enfermeiro. Os pré-natais de alto risco devem seguir a periodicidade de acordo com o Plano de Cuidados, alternando com os atendimentos no Pré-Natal de Alto Risco.
- ❖ Os critérios de estratificação de risco constituem uma diretriz, cabendo ao profissional da APS ter autonomia para solicitar avaliação sempre que achar necessário;
- ❖ A ficha de referência ao serviço de AAE deve vir acompanhada com a estratificação de risco obstétrico. Ao mesmo tempo que o serviço de AAE obrigatoriamente deve enviar a contra-referência para APS;
- ❖ Os profissionais devem observar de forma criteriosa a gestante nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 35 a 39 anos, visto que a predominância da mortalidade materna no estado do Ceará concentra-se nestas;
- ❖ Orientamos que toda gestante classificada com sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita e diagnosticada, notificada, tratada e monitorada pela APS poderá ser encaminhada para avaliação em serviço especializado ou de referência para pré-natal de alto risco devendo o seu cuidado ser compartilhado.
- ❖ O tratamento para sífilis das parcerias sexuais é imprescindível para o êxito no acompanhamento da gestante evitando assim reinfecção durante o período gestacional;
- ❖ A gestante com doença psiquiátrica grave deverá ser acompanhada pelo serviço de referência, o CAPS ou pelo psiquiatra, juntamente com APS e o AAE para realização de um Plano Terapêutico Singular;
- ❖ As gestantes em situação de rua ou encarceradas irão ser acompanhadas respectivamente pelas equipes de Consultório na Rua e equipe de atenção primária Prisional se as mesmas estiverem presentes nos municípios.
- ❖ Independente do nível de atendimento (baixo, médio e alto) risco, independente da morosidade ou disponibilidade de vagas de qualquer natureza do encaminhamento, a gestante sempre estará sendo assistida na APS, sempre utilizando referência e contra-referência.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **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: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 08/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 08/01/2024.

CEARÁ. **Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará** / Organizadores: Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa... [et al.] ; prefácio Henrique Jorge Javi de Sousa. – Fortaleza: Littere, 2018. pg 16-19. Disponível em: https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/NNC_livro_colaboradores.pdf. Acesso em: 08/01/2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. **Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos** / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016. Disponível em : https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/linha_guiá_nascer_no_ceara_2017.pdf. Acesso em: 09/01/2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde.** Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=1414&VListar=1&VEstado=23&VMun=&VComp=&VContador=6&VTitulo=H. Acesso em: 08/01/2024.

NOTA TÉCNICA. **Estratificação de risco gestacional para a organização da assistência à gestante na Primária à Saúde (APS).** Nota Técnica n°: 12/2021 - SAIS- 03083. Disponível em : <https://www.saude.go.gov.br/files/sais/notas-tecnicas-e-informativas/2021/Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%2012-2021-SAIS-%20Nota%20t%C3%A9cnica%20conjunta%20para%20de%EF%AC%81nir%20crit%C3%A9rios%20na%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%A2ncia%20ao%20usu%C3%A1rio%20com%20diabetes%20omellitus%20na%20APS%20e%20na%20AAE%20em%20Goi%C3%A1s.pdf>. Acesso em: 08/01/2024.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. **Linha Guia Atenção Materno Infantil : Gestação** / Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 8.ed. Curitiba. SESA, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guiá_mi-_gestacao_o_8a_ed_em_28.03.22.pdf. Acesso em: 08/01/2024.

FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Identificação

Nome:..... CPF:.....

Endereço:..... Ponto de Referência:

Bairro/Distrito:..... ESF:..... ACS:.....

DUM:___/___/___ Data provável do parto:___/___/___ Maternidade de referência:

Escolaridade:..... Ocupação:..... Tel:.....

Cor: Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena () Outra:.....

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família: Família em situação de Rua () Família Indígena Residente em aldeia/reserva ()

Família Cigana () Família Quilombola () Família Ribeirinha () Família de terreiro ()

Beneficiário do Programa Bolsa Família () Sim () Não

Assinale abaixo com o X, o risco de acordo com a estratificação

() Baixo Risco ou Habitual

Características individuais e condições sociodemográficos favoráveis

Marque X

Idade entre 16 a 34 anos

Aceitação da gestação

Condições clínicas prévias à gestação

Ausência de intercorrências clínicas

Tabagismo (Fagerstrom <8)

Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual

Ausência de intercorrências ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual

História reprodutiva anterior

Intervalo interpartal maior que 2 anos

() Médio Risco ou Intermediário (pelo menos um item precisa ser assinalado)

Características individuais e condições socioeconômicas e familiares

Marque X

Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos

Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse

Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero

Situação conjugal insegura

Insuficiência de apoio familiar

Capacidade de autocuidado insuficiente

Não aceitação da gestação

Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)

Tabagismo com baixo grau de dependência (Fagerstrom 8 a 10 pontos)

Uso de medicamentos teratogênicos

Altura menor que 1,45m

IMC <18,5 ou 30-39kg/m²

Transtorno depressivo ou de ansiedade leve	
Uso de drogas lícitas e ilícitas	
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes.	
Gestante negra (cor de pele preta ou parda)	
Outras condições de saúde de menor complexidade	
História reprodutiva anterior:	
Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos)	
Insuficiência istmo-cervical	
Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia)	
Malformação fetal	
Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos)	
Diabetes gestacional	
Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade	
Infertilidade	
Cesariana prévias (2 ou mais)	
Intervalo interpartal <2 anos	
Condições clínicas prévias à gestação	
Depressão e ansiedade leve e moderada com e sem necessidade de tratamento medicamentoso	
Asma controlada sem uso de medicamento contínuo	
Hipotireodismo subclínico diagnosticado na gestação	
Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual	
Gestação resultante de estupro	
Gestação gemelar dicoriônica - diamniótica	
Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal	
Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal.	
Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite	
Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo)	
Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples.	
Suspeita ou confirmação de dengue, vírus zika ou chikungunya (quadro febril extemático)	
Restrição de crescimento fetal suspeita	
Feto acima do percentil 90%	
Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9g/dl e 11g/dl)	
() Alto risco (pelo menos um item precisa ser assinalado)	
Característica individuais e condições socioeconômicas	
	Marque X
Etilismo com indicativo de dependência	
Tabagismo com indicativo de dependência elevada	
Dependência e/ou uso abusivo de drogas	
Agravos alimentares ou nutricionais: IMC 40kg/m ² , desnutrição, carências nutricionais (hipervitaminose) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros)	

História reprodutiva anterior	
Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)	
Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada	
Isoimunização Rh em gestação anterior	
Acretismo placentário	
Prematuridade anterior	
Isoimunização Rh em gestação anterior	
Cesariana prévia com incisão clássica/corporal	
Condições clínicas prévias à gestação	
Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica – doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística)	
Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos).	
Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo)	
Doenças hematológicas: doenças falciforme (exceto traço falciforme), púrpura a trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.	
Histórico de tromboembolismo	
Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves)	
Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolípide – SAAF, artrite reumatóide, outras collagenoses)	
Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação	
Neoplasias (qualquer) – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento	
Transplantes	
Cirurgia bariátrica	
Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/ numerosas localizadas em região genital ou perianal)	
Diagnóstico de HIV/aids prévio	
Transtorno mental grave que necessitem de acompanhamento (Psicose ou depressão grave)	
Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação	
Gestação de homens transsexuais	
Mola hidatiforme	
Gestação gemelar monócoriônica	
Gestação multifetal (mais de 1 feto na cavidade uterina)	
Gestação por meio de reprodução assistida	
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal	
Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou de instalação precoce (<34 semanas)	
Tromboembolismo na gestação	
Infecção urinária de repetição: 3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou 2 episódios de pielonefrite	
Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/aids na gestação	
Restrição de crescimento fetal confirmada	
Desvios da quantidade de líquido amniótico	

Isoimunização Rh	
Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual	
Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual	
Anemia grave (hemoglobina < 9g/dL) ou anemia refratária a tratamento	
Hemorragias na gestação atual	
Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas)	
Acretismo placentário	
Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)	
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal	
Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado	
Outras condições de saúde de maior complexidade	
Alto risco com situações especiais com acompanhamento na Atenção Terciária	
Gestação múltipla monicoriônica	
Isoimunização Rh	
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal	
Diagnóstico de HIV/AIDS	
Transplantes	
Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que devem ser avaliadas em contexto hospitalar	
Vômitos incoercíveis não responsivo ao tratamento	
Anemia grave (Hb 7 g/dL)	
Condições clínicas de emergências: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão	
Crise hipertensiva (PA	
Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaléia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria)	
Eclâmpsia/convulsões	
Hipertemia (Temperatura axilar 37,8° C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores.	
Suspeita de trombose venosa profunda	
Suspeita/diagnóstico de abdome agudo	
Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar	
Prurido gestacional/icterícia	
Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e abortamento)	
Idade gestacional de 41 semanas ou mais	

Data	Consulta	Resultado da estratificação de risco	Assinatura/carimbo	Data	Consulta	Resultado da estratificação de risco	Assinatura/carimbo
	1°				6°		
	2°				7°		
	3°				8°		
	4°				9°		
	5°				10°		



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE