

Nota Técnica Nº 28/2021 GEASM/SES/PE

Recife, 25 de Setembro de 2021.

Assunto: Pré-Natal de Alto Risco Versão 2021.

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, da Presidência da República, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Dezembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências;

Considerando a Política Nacional de Humanização implantada em 2004, que tem como eixo norteador as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS e propõe uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde;

Considerando que a Gerência de Atenção à Saúde da Mulher do Estado de Pernambuco realiza ações nos programas que fazem parte da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política de Humanização do pré-natal, parto e nascimento; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência; Qualificação da Assistência à Gestação de Alto Risco; Implantação de Comitês Regionais de Estudos da Mortalidade Materna; Fortalecimento do Programa Estadual de Parto Tradicionais e Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama;

Considerando a Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do SUS e seu Anexo II que institui a Rede Cegonha, visando implantar uma rede de cuidados assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável;

Considerando a Portaria Nº 1.020, de 29 de Maio de 2013, que Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco.

Considerando a dinâmica de informações e a necessidade de atualização baseada em evidências e recomendações dos órgãos competentes a GEASM publica a Nota Técnica sobre o Pré-Natal de Alto risco com o propósito de qualificar a assistência ao pré-natal, prevenir agravos e subsidiar os profissionais de saúde que atuam na atenção primária, acerca da estratificação

do risco obstétrico oferecendo suporte na tomada de decisão clínica no atendimento às gestantes.

Considerando que a gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá sem intercorrências na maior parte dos casos. Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos metade não é inicialmente planejada, embora seja desejada, e em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional, sendo comum em adolescentes.

Considerando que o planejamento reprodutivo qualificado é provedor de orientações relevantes capazes de prevenir agravos em mulheres e gestantes que desejam engravidar;

Sabe-se que a falta de informação e acompanhamento sobre o melhor método contraceptivo, o monitoramento de doenças preexistentes, a programação do momento ideal para ter filhos poderão resultar em gestações complicadas que resultariam no óbito de mulheres e/ou fetos. As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2016).

A literatura descreve que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados (BRASIL 2009). Estudos realizados pela Organização Panamericana da Saúde indicam que a morte de mulheres por complicações desenvolvidas durante a gravidez na maior parte pode ser evitada e tratada. As principais complicações, que representam quase 75% de todas as mortes maternas, são: Hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); Hemorragias graves (principalmente após o parto); Infecções (normalmente depois do parto); Complicações no parto; Abortos inseguros. As demais estão associadas às doenças como malária e infecção pelo HIV durante a gravidez.

O óbito materno poderá ser evitado, em algumas situações, com atenção adequada ao pré-natal, ao parto, ao abortamento e puerpério. Sabe-se que a atenção ao pré-natal se associa aos desfechos perinatais. Quando realizado adequadamente poderá prevenir e controlar os fatores de riscos na gestação, melhorar a condição de saúde do concepto, detectar e tratar afecções, reduzir complicações no parto e puerpério e a mortalidade materna e infantil. Contudo, observa-se que o quantitativo de consultas não está diretamente relacionado ao óbito no Estado, daí a necessidade de se avaliar a qualidade do atendimento prestado e fortalecer as

estratégias do cuidado. Desta forma, ressalta-se a importância de estratificar o risco obstétrico a cada consulta de pré-natal e identificar possíveis agravos à saúde ou grau de sofrimento. A maior parte do óbito materno está relacionado às morbidades preexistentes ou identificadas durante a gestação, sendo importante reconhecer os sinais e sintomas dessas complicações, valorizar as queixas apresentadas manter uma vigilância redobrada.

Os fatores de risco gestacional são as condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades de morbidade ou mortalidade. Estariam agrupados de acordo com as características individuais da mulher, seus comportamentos e estilos de vida, a influência das redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho e a possibilidade de acesso a serviços, relacionando-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e social (BRASIL, 2019).

A estratificação de risco gestacional tem como objetivo identificar precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas presentes, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança (BRASIL, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde 10 passos são essenciais para um pré-natal de qualidade (BRASIL, 2012):

- I. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12^a semana de gestação (captação precoce);
- II. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- III. Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e a avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no pré-natal;
- IV. Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”;
- V. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;
- VI. É direito do parceiro ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do parceiro”;
- VII. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
- VIII. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto;

IX. Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação);

X. As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico- puerperal;

Segundo o MS é competência do Estado oferecer serviços de referência ambulatoriais e hospitalares especializados garantindo a atenção a situações de alto risco que requerem fluxos especiais: medicina fetal, HIV/AIDS e outras.

PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

A captação da gestante para o pré-natal deve ser precoce, dentro do primeiro trimestre da gestação devendo ser assegurado o teste para confirmação da gravidez, seguido de acolhimento, orientações e cuidados. O atendimento dos profissionais deve seguir as recomendações das diretrizes clínicas para avaliação, diagnóstico e conduta, dentro das competências específicas da área.

O número de atendimentos deve ser definido a partir da avaliação da gestante, considerando principalmente as situações de risco gestacional. Daí a importância da estratificação de risco atualizada. Quanto mais grave a situação, maior a intensidade e a frequência das intervenções de vigilância e cuidado, de acordo com recomendações das diretrizes clínicas.

Os exames de rotina da gravidez devem ser solicitados logo na primeira avaliação, no segundo e terceiro trimestres, e na gestação de alto risco o plano de cuidados pode considerar a necessidade de outros exames especializados ou de um monitoramento mais frequente de determinadas situações, como controle de cura de infecções. A gestante deve ser sempre informada sobre a finalidade dos exames na detecção de situações que podem comprometer sua saúde e a do bebê (BRASIL, 2019).

O mais precoce possível, as gestantes de alto risco devem ser identificadas no pré-natal de risco habitual. O médico que detectar a gestante de alto risco deverá preencher o Protocolo de regulação das gestantes de alto risco (anexo 1) que seguirá o fluxo de pré-natal de alto risco para regulação dos serviços hospitalares de referência para obstetrícia e se fizer necessário posteriormente para as especialidades específicas. Reforçamos a importância do

acompanhamento da gestante de alto risco ser realizado concomitantemente no pré-natal de risco habitual.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde

FLUXO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

A gestante acompanhada pela Atenção Primária, com o protocolo de encaminhamento para o pré-natal de alto risco preenchido pelo médico da UBS ou da ESF, deverá ter sua solicitação remetida a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou dirigir-se a recepção do serviço, para que seja providenciado autorização e agendamento da consulta nas unidades de referência;

A SMS/Unidade de Saúde insere a solicitação no Sistema Informatizado de Regulação Ambulatorial - CMCE;

O médico regulador analisa a solicitação e autoriza, ou não, o procedimento de acordo com o protocolo vigente. Caso não seja autorizado, justifica a negativa para a unidade solicitante;

O procedimento autorizado é visualizado pela SMS ou Unidade de Saúde, que realiza agendamento, de acordo com as cotas pré-estabelecidas;

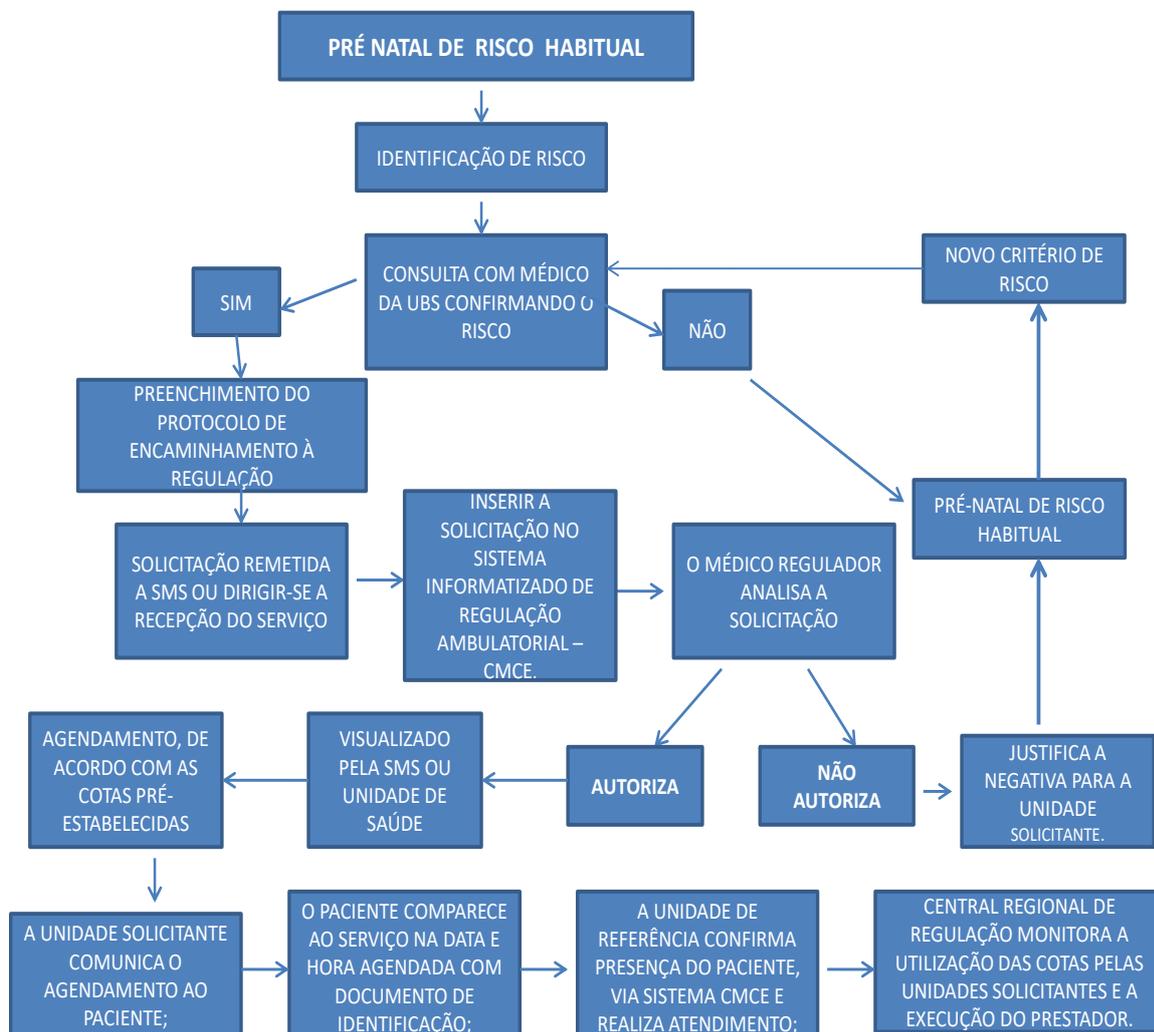
A unidade solicitante se responsabiliza por comunicar o agendamento ao paciente;

O paciente comparece ao serviço que realizará o procedimento na data e hora agendada com documento de identificação;

A Unidade de Referência confirma presença do paciente, via sistema CMCE e realiza atendimento;

A Central Regional de Regulação monitora a utilização das cotas pelas unidades solicitantes e a execução do prestador, via sistema.

Figura 1: Fluxograma do pré-natal de risco habitual para pré-natal de alto risco.



Quando a paciente apresentar demanda específica de cardiologia e endocrinologia deverá seguir o fluxo de acesso para gestante de alto risco com indicação para cardiologia e endocrinologia como prioritária.

O Ministério da Saúde define como competências da equipe especializada no manejo de gestantes de alto risco (BRASIL, 2019):

- Realizar atendimento para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categorial profissional;

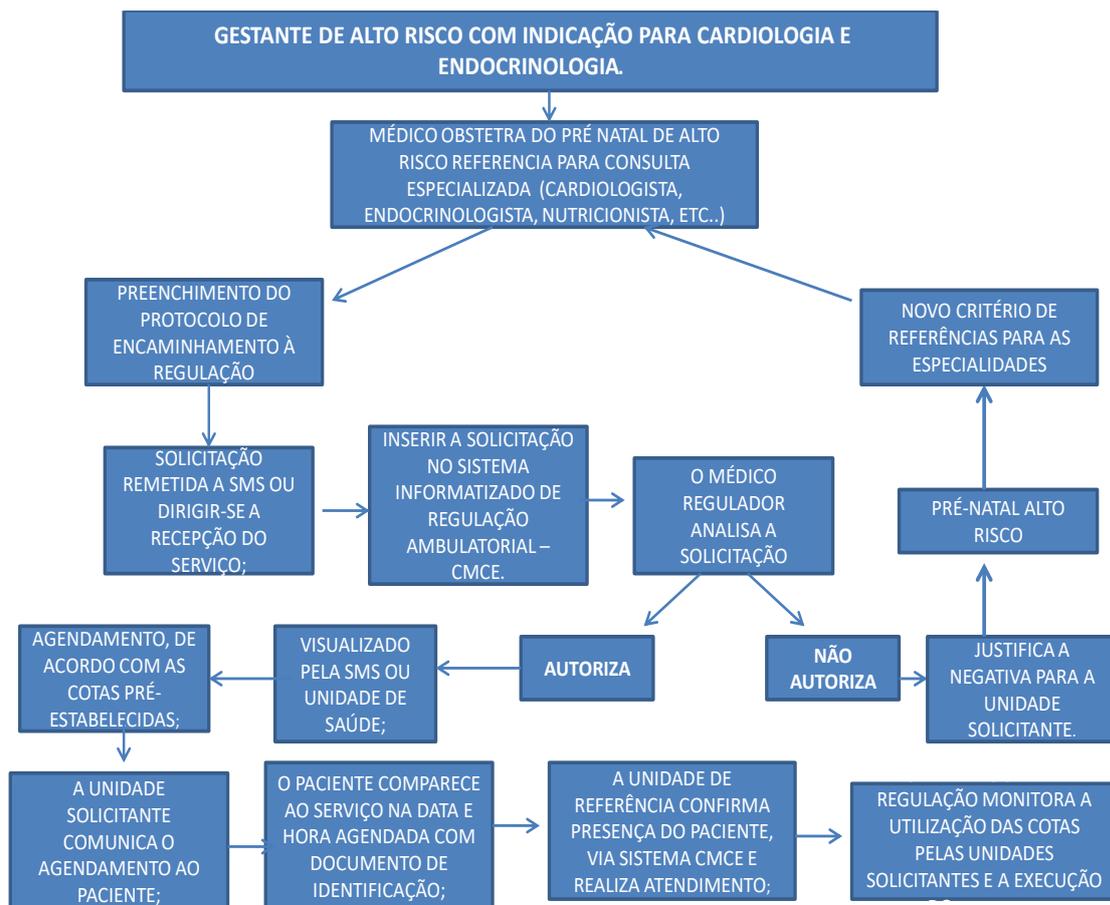
- Elaborar com a equipe o plano de cuidados individualizado e o plano de parto e puerpério em conformidade com as diretrizes clínicas vigentes;
- Realizar monitoramento clínico com foco na estabilização da usuária;
- Realizar o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos Competências na função educacional e supervisional;
- Realizar ações de capacitação e apoio matricial presencial (nas UBSs e no ambulatório) e à distância para as equipes da APS;
- Participar dos momentos de capacitação, reuniões e discussões de casos clínicos pela equipe de Atendimento Ambulatorial Especializado;
- Participar de atividades educacionais para as gestantes, acompanhantes e familiares.

FLUXO DE ACESSO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES

- A Gestante de alto risco acompanhada numa unidade de saúde especializada, que se enquadra no perfil e com encaminhamento para o cardiologista e/ou endocrinologista, deverá dirigir-se a recepção do serviço especializado, para que seja providenciado autorização e agendamento da consulta nas unidades de referência;
- Unidade de Saúde insere a solicitação no sistema informatizado de regulação ambulatorial – CMCE;
- O médico regulador analisa a solicitação e autoriza ou não o procedimento de acordo com o protocolo vigente. Caso não seja autorizado, justifica a negativa para a unidade solicitante;
- Procedimento autorizado é visualizado pela SMS ou Unidade de Saúde, que realiza agendamento, de acordo com as cotas preestabelecidas;
- A unidade solicitante se responsabiliza por comunicar o agendamento ao paciente;
- O paciente comparece ao serviço que realizará o procedimento na data e hora agendada com documento de identificação;
- A Unidade de Referência confirma presença do paciente, via sistema CMCE e realiza atendimento;

- Central Regional de Regulação monitora a utilização das cotas pelas unidades solicitantes e a execução do prestador, via sistema.

Figura 2: Organograma de fluxo do pré-natal de alto risco com indicação para as especialidades de cardiologia e endocrinologia.



Obs.: Nos casos em que a unidade de saúde de pré-natal de alto risco disponibilizar de especialidades e a gestante for referenciada para o atendimento especializado (cardiologia e endocrinologia), o agendamento será de competência desta unidade.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Médico obstetra: Deverá realizar atendimento médico em ginecologia e obstetrícia para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS; Atualizar a estratificação de risco gestacional; Solicitar e avaliar exames laboratoriais, cardiotocografia basal e ultrassonografia e outros exames necessários; Realizar o manejo das morbidades diagnosticadas durante a

gestação; Prescrever medicações e realizar monitoramento clínico para cura e/ou estabilização das morbidades diagnosticadas; Solicitar interconsultas ou compartilhamento do cuidado de outros pontos de atenção da RAS para as situações especiais diagnosticadas; Intervir nas situações de urgência/emergência que ocorram durante o atendimento no ambulatório

Enfermeiro: Realizar consulta do enfermeiro para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); Realizar o gerenciamento do cuidado das gestantes e puérperas no ambulatório e monitorar a consonância dos atendimentos com as diretrizes clínicas adotadas; atualizar a estratificação de risco gestacional; realizar o exame de cardiocografia basal; realizar intervenções necessárias dentro de sua competência técnica.

Por todo o exposto, segue a Nota do Pré-Natal de Alto Risco na versão 2021 para ampla divulgação com os Municípios e serviços que atendem ao Pré-Natal com as seguintes orientações:

1. Distribuição das principais Causas de Óbitos Maternos. Pernambuco, 2018 – 2020 conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM;
2. Número de óbitos maternos por hemorragia segundo ano de ocorrência. Pernambuco, 2016-2020*;
3. Orientações para identificação das gestantes de alto risco no Pré-Natal e na assistência ao parto;
4. Estimativa de gestantes de risco habitual e alto risco por Municípios e Regiões de Saúde de acordo com o número de Nascidos Vivos em 2020 registrados no SINASC;
5. Referências Bibliográficas.

ANEXOS

- Capítulo II na portaria Nº 1.020/2013 que trata do Pré-Natal de Alto Risco;
- Classificação de Risco gestacional;
- Fatores que permitem o acompanhamento da Gestante no Pré-Natal na Atenção Primária;
- Fatores que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco;
- Fatores de risco para realização do Pré-Natal na referência de Alto Risco.

1. DISTRIBUIÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS MATERNS NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2018 A 2020

Quadro 1. Principais causas de óbitos maternos no Estado de Pernambuco do ano de 2018 a 2020.

Causas do óbito	2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%
Causas maternas obstétricas diretas						
Hipertensões diretas	16	32,0	11	23,9	18	33,3
Hemorragias (incluindo inércia uterina)	14	28,0	9	19,6	9	16,7
Infecção puerperal	2	4,0	3	6,5	8	14,8
Embolias	3	6,0	5	10,9	3	5,6
Gravidez ectópica	1	2,0	2	4,3	3	5,6
Gravidez que termina em aborto	2	4,0	3	6,5	1	1,9
Mola hidatiforme	2	4,0	0	0,0	0	0,0
Outras causas obstétricas diretas	10	20,0	13	28,3	12	22,2
Subtotal	50	100,0	46	100,0	54	100,0
Causas maternas obstétricas indiretas						
DAC complicando gravidez, parto e puerpério	4	14,8	5	41,7	2	10,5
Doenças virais complicando gravidez, parto e puerpério	2	7,4	0	0,0	10	52,6
Outras DAE complicando gravidez, parto e puerpério	4	14,8	0	0,0	2	10,5
DAR complicando gravidez, parto e puerpério	5	18,5	0	0,0	0	0,0
DAD complicando gravidez, parto e puerpério	1	3,7	0	0,0	1	5,3
HIV/Aids ¹	3	11,1	2	16,7	2	10,5
Outras causas obstétricas indiretas	8	29,6	5	41,7	2	10,5
Subtotal	27	100,0	12	100,0	19	100,0
Morte obstétrica de causa não especificada	3	3,8	0	0,0	0	0,0
Total de óbitos maternos (até 42 dias)	80	79,2	58	84,1	73	93,6
Morte materna tardia (de 43 dias até 1 ano)	21	20,8	11	15,9	5	6,4
Total de óbitos maternos (incluindo os tardios)	101	100,0	69	100,0	78	100,0
¹ 1 óbito HIV/Aids no puerpério tardio						

Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE Dados captados em 14/05/2021. *Sujeitos à revisão. ** Do total de óbitos com Causa Básica em O98.5, 9 foram confirmados COVID-19.

DAC: Doenças do Aparelho Circulatório
DAE: Doenças e Afecções Especificadas
DAR: Doenças do Aparelho Respiratório
DAD: Doenças do Aparelho Digestivo

2. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS POR HEMORRAGIA EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2016 A 2020.

Quadro 2. Número de óbitos maternos por hemorragia segundo ano de ocorrência. Pernambuco, 2016-2020*

<i>Causas de óbito</i>	<i>Ano do óbito</i>				
	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
Hemorragias					
O44.1 Placenta prévia com hemorragia	0	0	3	0	1
O45.0 Descolamento prematura de placenta com deficiência de coagulação	0	1	0	0	0
O45.9 Descolamento prematuro da placenta não especificado	1	2	1	1	1
O71.1 Ruptura do útero durante o trabalho de parto	2	2	0	2	0
O72.0 Hemorragia do terceiro estágio	0	0	1	0	0
O72.1 Outras hemorragias do pós-parto imediato	2	5	6	4	1
O72.2 Hemorragias pós-parto tardia e secundária	0	0	1	1	0
O72.3 Deficiência de coagulação pós-parto	0	0	1	0	0
Subtotal	5	10	13	8	3
Inércia uterina					
O62.2 Outras formas de inércia uterina	6	5	1	1	5
Total (Hemorragias + Inércia uterina)	11	15	14	9	8

Fonte: SIM/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados captados em 02/12/2020, sujeitos a alterações (óbitos de 2019 e 2020 estão em processo de investigação e análise)

3. ORIENTAÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO NO PRÉ-NATAL E NA ASSISTÊNCIA AO PARTO.

As gestantes que forem classificadas como de Alto Risco devem ser acompanhadas de forma adequada pelo período que se fizer necessário no pré-natal de alto risco, e ao serem encaminhadas para outros locais da rede, como maternidades, por exemplo, sejam identificadas no cartão da gestante como “gestante de alto risco”.

Gestantes de alto risco deverão ter prioridade no atendimento nos diversos pontos de atenção da rede, como laboratórios, ambulatórios para consultas com especialistas, maternidades, entre outros.

4. ESTIMATIVA DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL (RH) E ALTO RISCO (AR) POR MUNICÍPIOS SEGUNDO O NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NO ANO DE 2020.

Quadro 3. Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na I Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos de RH	Necessidade de Leitos de Alto Risco
Abreu e Lima	1.289	1024	181	9,9	2,9
Araçoiaba	288	229	40	2,2	0,7
Cabo de Santo Agostinho	2.881	2290	404	22,1	6,5
Camaragibe	2.203	1751	309	16,9	5,0
Chã de Alegria	201	160	28	1,5	0,5
Chã Grande	295	234	41	2,3	0,7
Fernando de Noronha	33	26	5	0,3	0,1
Glória do Goitá	383	304	54	2,9	0,9
Igarassu	1.529	1215	214	11,8	3,5
Ilha de Itamaracá	291	231	41	2,2	0,7
Ipojuca	1.754	1394	246	13,5	4,0
Itapissuma	358	285	50	2,8	0,8
Jaboatão dos Guararapes	8.699	6914	1220	66,9	19,7
Moreno	715	568	100	5,5	1,6
Olinda	4.839	3846	679	37,2	10,9
Paulista	3.894	3095	546	29,9	8,8
Pombos	377	300	53	2,9	0,9
Recife	19.525	15517	2738	150,0	44,1
São Lourenço da Mata	1.520	1208	213	11,7	3,4
Vitória de Santo Antão	1.930	1534	271	14,8	4,4
TOTAL	53.004	42125	7434	407,3	119,8

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 4: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na II Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Bom Jardim	477	379	67	3,7	1,1
Buenos Aires	178	141	25	1,4	0,4
Carpina	1.006	800	141	7,7	2,3
Casinhas	187	149	26	1,4	0,4
Cumarú	155	123	22	1,2	0,4

Feira Nova	321	255	45	2,5	0,7
João Alfredo	317	252	44	2,4	0,7
Lagoa do Carro	229	182	32	1,8	0,5
Lagoa do Itaenga	324	257	45	2,5	0,7
Limoeiro	701	557	98	5,4	1,6
Machados	182	145	26	1,4	0,4
Nazaré da Mata	418	332	59	3,2	0,9
Orobó	259	206	36	2,0	0,6
Passira	395	314	55	3,0	0,9
Paudalho	864	687	121	6,6	2,0
Salgadinho	74	59	10	0,6	0,2
Surubim	861	684	121	6,6	1,9
Tracunhaém	203	161	28	1,6	0,5
Vertente do Lério	114	91	16	0,9	0,3
Vicência	388	308	54	3,0	0,9
TOTAL	7.653	6082	1073	58,8	17,3

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 5: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na III Região de Saúde, de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Água Preta	395	314	55	3,0	0,9
Amaraji	270	215	38	2,1	0,6
Barreiros	633	503	89	4,9	1,4
Belém de Maria	150	119	21	1,2	0,3
Catende	467	371	65	3,6	1,1
Cortês	147	117	21	1,1	0,3
Escada	809	643	113	6,2	1,8
Gameleira	286	227	40	2,2	0,6
Jaqueira	172	137	24	1,3	0,4
Joaquim Nabuco	215	171	30	1,7	0,5
Lagoa dos Gatos	208	165	29	1,6	0,5
Maraial	165	131	23	1,3	0,4
Palmares	852	677	119	6,5	1,9
Primavera	170	135	24	1,3	0,4
Quipapá	238	189	33	1,8	0,5
Ribeirão	458	364	64	3,5	1,0
Rio Formoso	326	259	46	2,5	0,7

São Benedito do Sul	156	124	22	1,2	0,4
São Jda Coroa Grande	271	215	38	2,1	0,6
Sirinhaém	555	441	78	4,3	1,3
Tamandaré	416	331	58	3,2	0,9
Xexéu	214	170	30	1,6	0,5
TOTAL	7.573	6019	1062	58,2	17,1

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 6: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na IV Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Agrestina	346	275	49	2,7	0,8
Alagoinha	227	180	32	1,7	0,5
Altinho	264	210	37	2,0	0,6
Barra de Guabiraba	161	128	23	1,2	0,4
Belo Jardim	1.142	908	160	8,8	2,6
Bezerros	801	637	112	6,2	1,8
Bonito	599	476	84	4,6	1,4
Brejo da M de Deus	736	585	103	5,7	1,7
Cachoeirinha	272	216	38	2,1	0,6
Camocim de São Félix	223	177	31	1,7	0,5
Caruaru	5.852	4651	821	45,0	13,2
Cupira	363	288	51	2,8	0,8
Frei Miguelinho	110	87	15	0,8	0,2
Gravatá	975	775	137	7,5	2,2
Ibirajuba	95	76	13	0,7	0,2
Jataúba	227	180	32	1,7	0,5
Jurema	198	157	28	1,5	0,4
Panelas	312	248	44	2,4	0,7
Pesqueira	927	737	130	7,1	2,1
Poção	164	130	23	1,3	0,4
Riacho das Almas	348	277	49	2,7	0,8
Sairé	131	104	18	1,0	0,3
Sanharó	291	231	41	2,2	0,7
Santa C do Capibaribe	1.354	1076	190	10,4	3,1
S Maria do Cambucá	198	157	28	1,5	0,4
São Bento do Una	795	632	111	6,1	1,8
São Caitano	514	409	72	4,0	1,2

São Joaquim do Monte	306	243	43	2,4	0,7
Tacaimbó	191	152	27	1,5	0,4
Taquaritinga do Norte	341	271	48	2,6	0,8
Toritama	708	563	99	5,4	1,6
Vertentes	300	238	42	2,3	0,7
TOTAL	19.471	15475	2731	149,6	44,0

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 7: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na V Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Águas Belas	679	540	95	5,2	1,5
Angelim	137	109	19	1,1	0,3
Bom Conselho	427	339	60	3,3	1,0
Brejão	174	138	24	1,3	0,4
Caetés	378	300	53	2,9	0,9
Calçado	122	97	17	0,9	0,3
Canhotinho	340	270	48	2,6	0,8
Capoeiras	293	233	41	2,3	0,7
Correntes	205	163	29	1,6	0,5
Garanhuns	2.193	1743	308	16,9	5,0
Iati	330	262	46	2,5	0,7
Itaíba	329	261	46	2,5	0,7
Jucati	172	137	24	1,3	0,4
Jupi	276	219	39	2,1	0,6
Lagoa do Ouro	161	128	23	1,2	0,4
Lajedo	655	521	92	5,0	1,5
Palmeirina	98	78	14	0,8	0,2
Paranatama	194	154	27	1,5	0,4
Saloá	186	148	26	1,4	0,4
São João	319	254	45	2,5	0,7
Terezinha	87	69	12	0,7	0,2
TOTAL	7.755	6163	1088	60	18

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 8: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na VI Região de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Arcoverde	1.184	941	166	9,1	2,7
Buíque	818	650	115	6,3	1,8
Custódia	491	390	69	3,8	1,1
Ibimirim	434	345	61	3,3	1,0
Inajá	357	284	50	2,7	0,8
Jatobá	197	157	28	1,5	0,4
Manari	286	227	40	2,2	0,6
Pedra	332	264	47	2,6	0,8
Petrolândia	655	521	92	5,0	1,5
Sertânia	448	356	63	3,4	1,0
Tacaratu	302	240	42	2,3	0,7
Tupanatinga	292	232	41	2,2	0,7
Venturosa	262	208	37	2,0	0,6
TOTAL	6.058	4815	850	46,6	13,7

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 9: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na VII Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Belém de São Francisco	298	237	42	2,3	0,7
Cedro	139	110	19	1,1	0,3
Mirandiba	239	190	34	1,8	0,5
Salgueiro	1.028	817	144	7,9	2,3
Serrita	269	214	38	2,1	0,6
Terra Nova	112	89	16	0,9	0,3
Verdejante	145	115	20	1,1	0,3
TOTAL	2230	1772,3	312,8	17,1	5,0

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 10: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na VIII Região de Saúde, de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Afrânio	253	201	35	1,9	0,6
Cabrobó	464	369	65	3,6	1,0
Dormentes	259	206	36	2,0	0,6
Lagoa Grande	369	293	52	2,8	0,8
Orocó	278	221	39	2,1	0,6
Petrolina	6.192	4921	868	47,6	14,0
Santa Maria da Boa Vista	701	557	98	5,4	1,6
TOTAL	8.516	6768	1194	65,4	19,2

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 11: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na IX Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade e de Leitos AR
Araripina	1.557	1237	218	12,0	3,5
Bodocó	532	423	75	4,1	1,2
Exu	438	348	61	3,4	1,0
Granito	108	86	15	0,8	0,2
Ipubi	574	456	81	4,4	1,3
Moreilândia	119	95	17	0,9	0,3
Ouricuri	1.057	840	148	8,1	2,4
Parnamirim	298	237	42	2,3	0,7
Santa Cruz	213	169	30	1,6	0,5
Santa Filomena	169	134	24	1,3	0,4
Trindade	594	472	83	4,6	1,3
TOTAL	5.659	4497	794	44,0	13,0

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 12: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na X Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Afogados da Ingazeira	609	484	85	4,7	1,4
Brejinho	102	81	14	0,8	0,2
Carnaíba	278	221	39	2,1	0,6

Iguaraci	136	108	19	1,0	0,3
Ingazeira	54	43	8	0,4	0,1
Itapetim	180	143	25	1,4	0,4
Quixabá	111	88	16	0,9	0,3
Santa Terezinha	103	82	14	0,8	0,2
São José do Egito	399	317	56	3,1	0,9
Solidão	97	77	14	0,7	0,2
Tabira	426	339	60	3,3	1,0
Tuparetama	135	107	19	1,0	0,3
TOTAL	2.630	2090	369	20,2	5,9

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 13: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na XI Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Betânia	177	141	25	1,4	0,4
Calumbi	69	55	10	1,4	0,4
Carnaubeira da Penha	252	200	35	0,5	0,2
Flores	264	210	37	1,9	0,6
Floresta	492	391	69	2,0	0,6
Itacuruba	88	70	12	3,8	1,1
Santa Cruz da Baixa Verde	156	124	22	1,2	0,4
São José do Belmonte	526	418	74	4,0	1,2
Serra Talhada	1.525	1212	214	11,7	3,4
Triunfo	175	139	25	1,3	0,4
TOTAL	3.724	2960	522	29,3	8,6

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 14: Estimativa de gestantes e necessidade de leitos de risco habitual e alto risco na XII Região de Saúde de acordo com o número de nascidos vivos (NV) de 2020.

Município de Residência	NV 2020	Estimativa de gestante de RH	Estimativa de gestante de AR	Necessidade de leitos RH	Necessidade de Leitos AR
Aliança	498	396	70	3,8	1,1
Camutanga	93	74	13	0,7	0,2
Condado	342	272	48	2,6	0,8
Ferreiros	123	98	17	0,9	0,3
Goiana	1.127	896	158	8,7	2,5
Itambé	392	312	55	3,0	0,9
Itaquitinga	201	160	28	1,5	0,5

Macaparana	347	276	49	2,7	0,8
São Vicente Ferrer	251	199	35	1,9	0,6
Timbaúba	636	505	89	4,9	1,4
TOTAL	4.010	3187	562	30,8	9,1

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Quadro 15: Consolidado das estimativas de gestantes usuárias do SUS para o ano de 2020

REGIÃO DE SAÚDE	NV 2020	Estimativa de gestantes de RH	Estimativa de gestantes de AR	Necessidade de leitos de RH	Necessidade de Leitos de Alto Risco
I	53.004	42.125	7.434	407,3	119,8
II	7.653	6.082	1.073	58,8	17,3
III	7.573	6.019	1.062	58,2	17,1
IV	19.471	15.475	2.731	149,6	44,0
V	7.755	6.163	1.088	59,6	17,5
VI	6.058	4.815	850	46,6	13,7
VII	2.230	1.772	313	17,1	5,04
VIII	8.516	6.768	1.194	65,4	19,2
IX	5.659	4.497	794	44,0	13,0
X	2.630	2.090	369	20,2	5,9
XI	3.724	2.960	522	29,3	8,6
XII	4.010	3.187	562	30,8	9,1
Município ignorado - PE	16	13	2	0,1	0,0
TOTAL	128.299	101.966	17.994,1	986,0	290,4

Fonte: SINASC/GVEV/DGIEVA/SEVS/SES-PE. Dados preliminares e sujeitos a alterações, captados em 18/02/2021

Atenciosamente,



Cleonúcia Leite Vasconcelos
Gerência de Atenção à Saúde da Mulher

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 da Gestação, Parto e Puerpério. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico para Gestação de Alto Risco, 2010.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.020, de 29 de Maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.
5. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:
https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 25 de Mar.2021
6. Brasil, Ministério da Saúde Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
7. FEBRASGO – Manual de Orientação Gestação de Alto Risco – 2011 <http://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 27/05/2019.
8. Mortalidade materna. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 25 de Mar. 2021.
9. 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.
10. BARROSO et Al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 2020.

ANEXOS

Portaria Nº 1.020/2013 do Pré-Natal de Alto Risco

CAPÍTULO II

DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Art. 5º A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe à coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres.

§ 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco.

§ 2º A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado.

Art. 6º O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto.

Parágrafo único. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto à maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação.

Art. 7º São atribuições da atenção básica no pré-natal de alto risco:

I - captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes;

II - estratificação de risco;

III - visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita;

IV - acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação;

V - acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais;

VI - vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco;

VII - coordenação e continuidade do cuidado; e

VIII - acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco.

§ 1º Uma vez encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco, a gestante será orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento.

§ 2º O serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco manterá a equipe da atenção básica informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante encaminhada.

Art. 8º O pré-natal de alto risco poderá ser realizado nos seguintes estabelecimentos:

- I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e
- II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade.

Parágrafo único. A organização da atenção referente ao pré-natal de alto risco em cada um dos estabelecimentos previstos nos incisos do caput, com fluxos, regulação e financiamento, será objeto de portaria específica.

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão:

- I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada;
- II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento;
- III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas;
- IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes;
- V - garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos na Portaria nº 650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário;
- VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde;
- VII - manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação;
- VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids; e
- IX - alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Classificação do Risco para o Pré-Natal conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015):

FATORES QUE PERMITEM O ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Adolescentes com idade menor que 15 anos e mulheres com idade acima de 35 anos;

- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal instável;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso e sobrepeso.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional);
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

Fatores relacionados à gravidez atual

- Ganho ponderal inadequado
- Infecção Urinária
- Anemia

FATORES DE RISCO PARA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA REFERÊNCIA DE ALTO RISCO (BRASIL, 2015).

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias (incluindo asma brônquica);

- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo)
- Doenças hematológicas (anemias graves, inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA \geq 140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);

OBS: Nestes casos já deve iniciar na APS como medida profilática à PA grave, o uso de AAS 100mg/dia (preferencialmente à noite) entre 12 a 16 semanas de gestação e cálcio de 500 a 1.500 UI/dia.

- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Pessoas com doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST's (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer doença clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual ou de repetição (\geq 3 abortos);
- Esterilidade/infertilidade.
- História prévia de complicação durante a gestação ou crises algicas de difícil controle em mulheres com doença falciforme.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória, pré-eclâmpsia leve/moderada);

OBS: É necessário que haja evidência de duas medidas consecutivas com intervalo de 4 horas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia grave com PA \geq 160 X 110 mmHg, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite.
- Anemia grave (Hb < 8 g/dL) ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Pessoas com doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST's (condiloma);
- Infecção como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso;
- NIC III ou câncer colo;
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais;
- Depressão na gestação;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

FATORES DE RISCO QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA (BRASIL, 2015)

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Pré-eclâmpsia grave/ crise hipertensiva: pressão arterial $\geq 160/110$, confirmada após 15 minutos de repouso, ou sinais premonitórios de eclâmpsia (cefaleia, escotomas, epigastralgia ou dor intensa em hipocôndrio direito). Pode-se usar o teste rápido de proteinúria, mas a ausência não exclui o diagnóstico se confirmada a presença de lesões de órgãos alvo;

Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C).

- Pré-eclâmpsia grave, independente de PA, se exames laboratoriais de monitoramento demonstrarem lesão de órgãos alvo (transaminases $\geq 2X$ o limite superior, trombocitopenia < 100.000 plaquetas/ microL, creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL ou duplicação da concentração sérica);
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dL)
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas em gestantes independentes da classificação de risco;
- Para gestantes tratadas de forma conservadora, o parto é indicado com 37 semanas para redução da morbimortalidade materna e fetal e a via de parto será baseada nas indicações obstétricas padrão; OBS: a conduta expectante não é recomendada a partir de 37 semanas de gestação em mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia;
- Hipertermia (Tax $\geq 37,8C$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de infecção por COVID-19 com sintomas moderados/graves, $SO_2 < 95\%$;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;

- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

Referência:

BRASIL, Ministério da Saúde, Caderno Nº 32-Pré Natal de Baixo Risco, 2015.