



GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

ELISABETE A. NUNES MACHADO

*Ginecologista e Obstetra-Auditora médica em saúde SUS
Coordenadora Técnica do Serviço Interno de Auditoria
do Hosp. Maternidade Leonor Mendes de Barros- S. Paulo*

DEFINIÇÃO

- **Gestação = fenômeno fisiológico+experiência saudável**
- **Gestação = situação limítrofe – aumento de risco de agravos para mãe e feto**
- **Pequena parcela têm condições que aumentam a chance de algum desfecho desfavorável para a mãe ou o feto**
- **15%**

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto

e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da

população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973)

- **Sistemas de pontuação e Tabelas – sem classificação eficaz para prever problemas**
- **Fatores de risco conhecidos que quando identificados auxiliam a identificar as gestantes com maiores chances de desfechos desfavoráveis**
- **Gestação = estado dinâmico**
- **Avaliação constante – inclusive histórico pré-gestacional**
- **PRÉ-NATAL**

FATORES DE RISCO PRÉ - GESTACIONAIS

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis:
 - Idade maior que 35 anos;
 - Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
 - Altura menor que 1,45m;
 - Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
 - Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
 - Situação conjugal insegura;
 - Conflitos familiares;
 - Baixa escolaridade;
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
 - Hábitos de vida – fumo e álcool;
 - Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

FATORES DE RISCO PRÉ - GESTACIONAIS

2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

FATORES DE RISCO PRÉ - GESTACIONAIS

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

FATORES DE RISCO GESTACIONAIS

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Incompetência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

FATORES DE RISCO GESTACIONAIS

3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc).
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).



PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

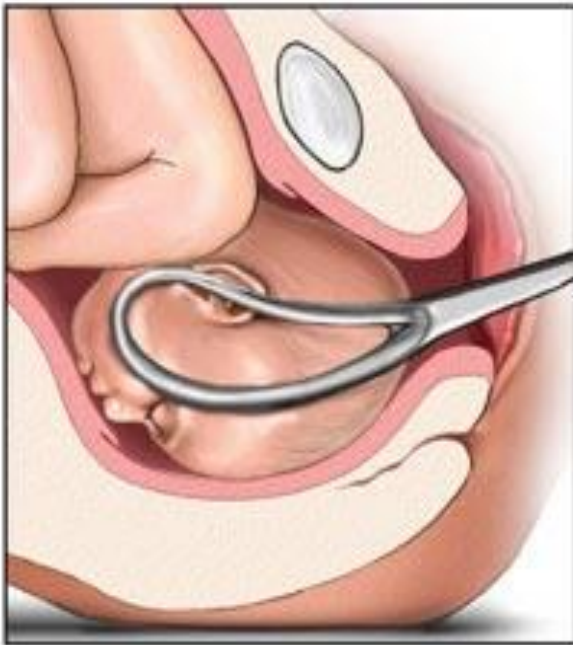
➤ 03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL

➤ 03.10.01.004-7 - PARTO NORMAL EM GEST. ALTO RISCO

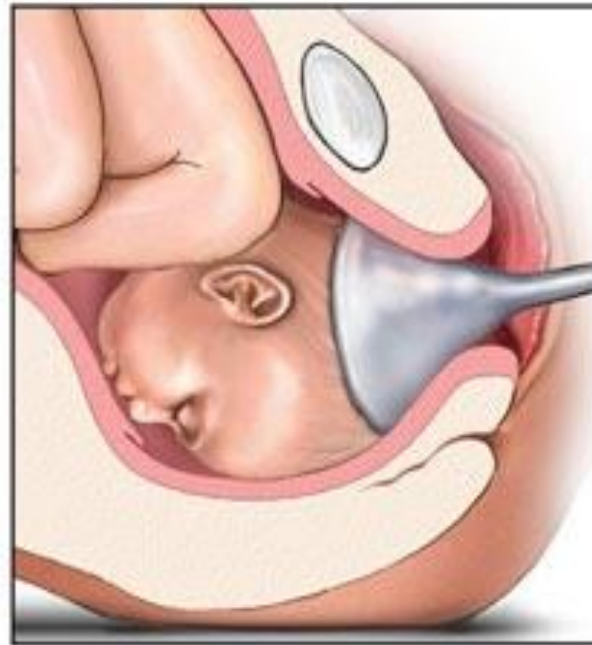
PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

FÓRCIPE + VÁCUO EXTRAÇÃO

Forceps



Vacuum extraction



PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

➤ 04.11.01.003-4 – PARTO CESARIANO

➤ 04.11.01.002-6 – PARTO CESARIANO EM GEST. DE ALTO RISCO

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

- 03.10.01.005-5 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL
- 04.11.01.004-2 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBÁRIA

PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

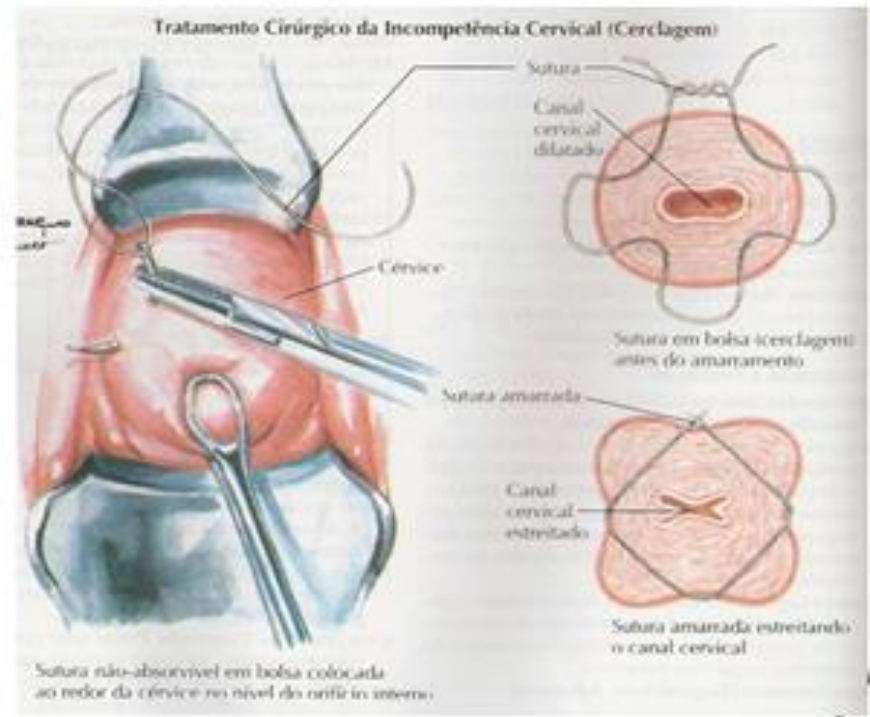
PARTO DOMICILIAR

Como informar?

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

➤ 04.09.06.001-1 - CERCLAGEM

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS



Cerclagem

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

- 04.11.01.007-7 – SUTURA DE LACERAÇÕES DO TRAJETO PÉLVICO

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

SIGTAP Desktop - Competências

Arquivo Consultar Estrutura Tabelas Auxiliares Ajuda

← Procedimentos: / Detalhes

Procedimento: 0411010077 - SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO

CONSISTE EM PROCEDER À SUTURA DA LACERAÇÃO, OU SEJA, DO ROMPIMENTO ORGÂNICO DA MUCOSA E/OU DOS MÚSCULOS PERINEAIS DURANTE O PARTO VAGINAL, NO DESPRENDIMENTO DA APRESENTAÇÃO FETAL. AS LACERAÇÕES PODEM ESTAR RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES MATERNAS, AO FETO OU AO PARTO EM SI. A SUTURA PODE ENVOLVER A MUCOSA VAGINAL (CONTÍNUA, NÃO CRUZADA; INÍCIO ACIMA DO VÉRTICE DA LESÃO, TERMINANDO NA FÚRCULA; A SUTURA DO PLANO MUSCULAR (PONTOS SEPARADOS OU SUTURA CONTÍNUA NÃO CRUZADA, EVITANDO TRAÇÃO EXCESSIVA OU A SUTURA DA PELE (PONTOS SEPARADOS OU SUTURA CONTÍNUA INTRADÉRMICA, EM DIREÇÃO À VAGINA. AS LACERAÇÕES PODEM SER DE PRIMEIRO GRAU: A ROTURA ATINGE PELE E MUCOSA ESTE TIPO DE LESÃO É PEQUENA, A FLOR DA PELE É GERALMENTE CURA SEM QUAISQUER PONTOS. SEGUNDO GRAU: A ROTURA SE ESTENDE PARA OS MÚSCULOS PERINEAIS. TERCEIRO GRAU: O ESFINCTER ANAL É ATINGIDO, É UMA LESÃO MAIS GRAVE QUE ENVOLVE PELE E MÚSCULOS DA REGIÃO PERINEAL, PODENDO ATINGIR OS MÚSCULOS QUE RODEIAM A REGIÃO ANAL OU DO RETO. QUARTO GRAU: A ROTURA ATINGE TODAS AS ESTRUTURAS, INCLUSIVE MUCOSA RETAL E ÂNUS. AS LACERAÇÕES DE TERCEIRO E QUARTO GRAUS PODEM EXIGIR OUTRO TIPO DE CIRURGIA PARA SUA CORREÇÃO.

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 11 - Cirurgia obstétrica

Forma de Organização: 01 - Parto

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Sexo: Feminino

Média de Permanência: 2

Quantidade Máxima: 1

Idade Mínima: 9 anos

Idade Máxima: 60 anos

Pontos: 50

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 19,79

Serviço Hospitalar: R\$ 88,76

Total Ambulatorial: R\$ 19,79

Serviço Profissional: R\$ 56,82

Total Hospitalar: R\$ 145,58

Modalidade Instrumento de Registro Atributo Complementar CID Principal CID Secundário CBO Especialidade do Leito Habilitação Incremento Serviço-Classificação Origem Origem SIA/SIH

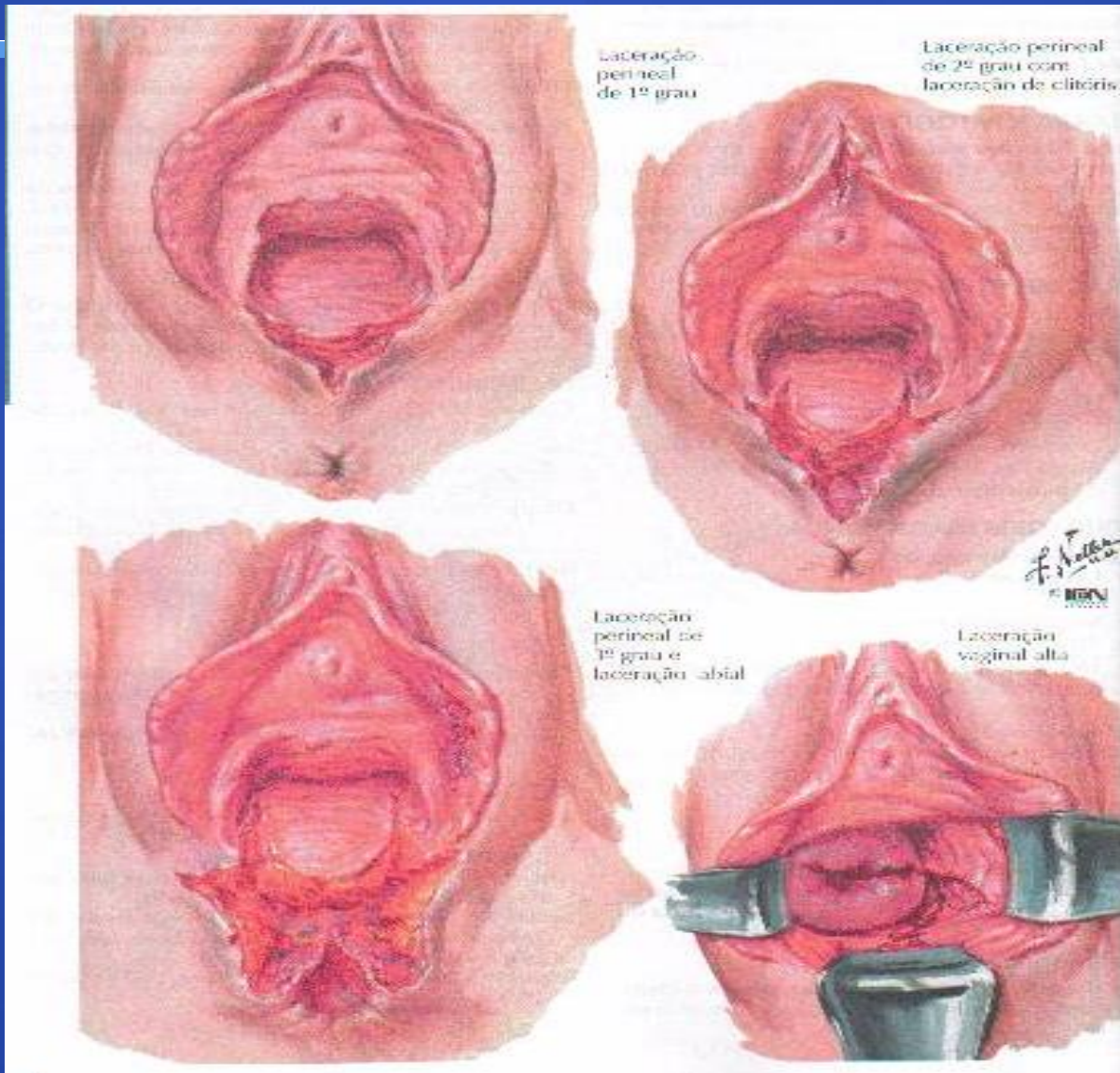
Modalidade

Código	Nome
01	Ambulatorial
02	Hospitalar
03	Hospital Dia

← Voltar



LACERAÇÕES DO TRAJETO PÉLVICO

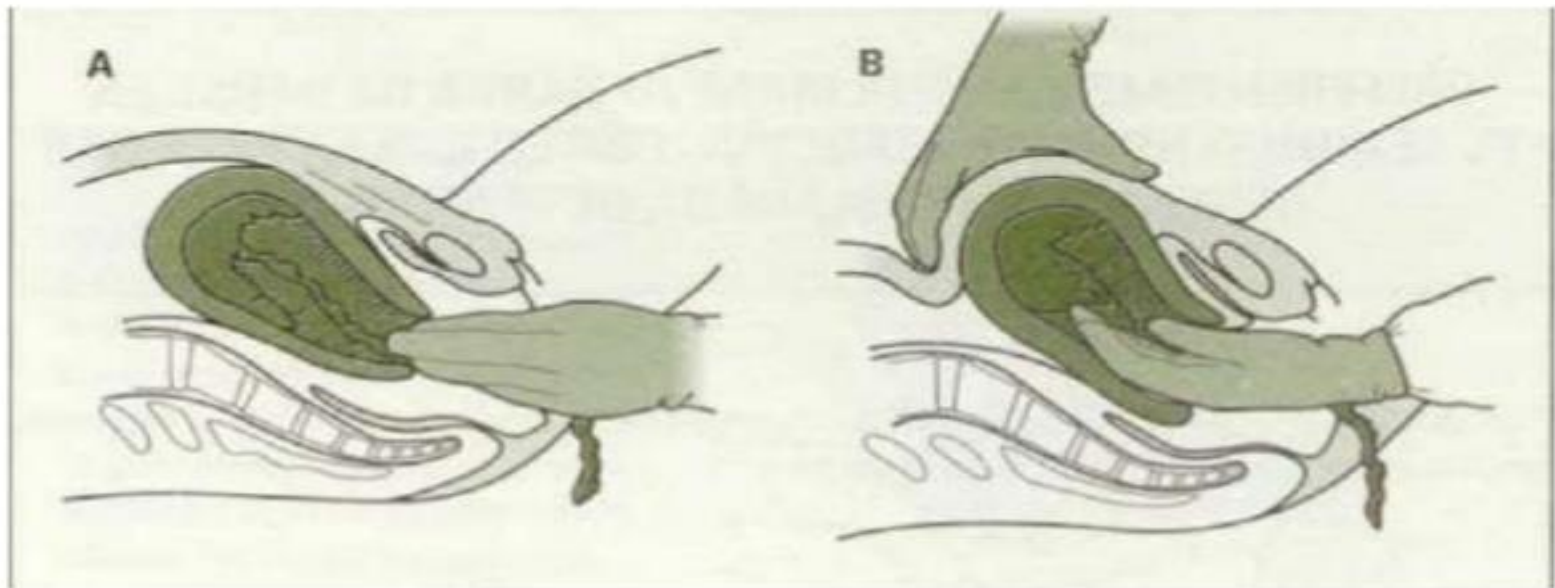


PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

- 04.11.01.001-8 – DESCOLAMENTO MANUAL DE PLACENTA

PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

Extracción manual de la placenta



PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

- 04.11.01.005-0 – REDUÇÃO MANUAL DE INVERSÃO UTERINA AGUDA PÓS-PARTO
- 04.11.01.008-5 – TRAT. CIRÚRGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA PÓS PARTO

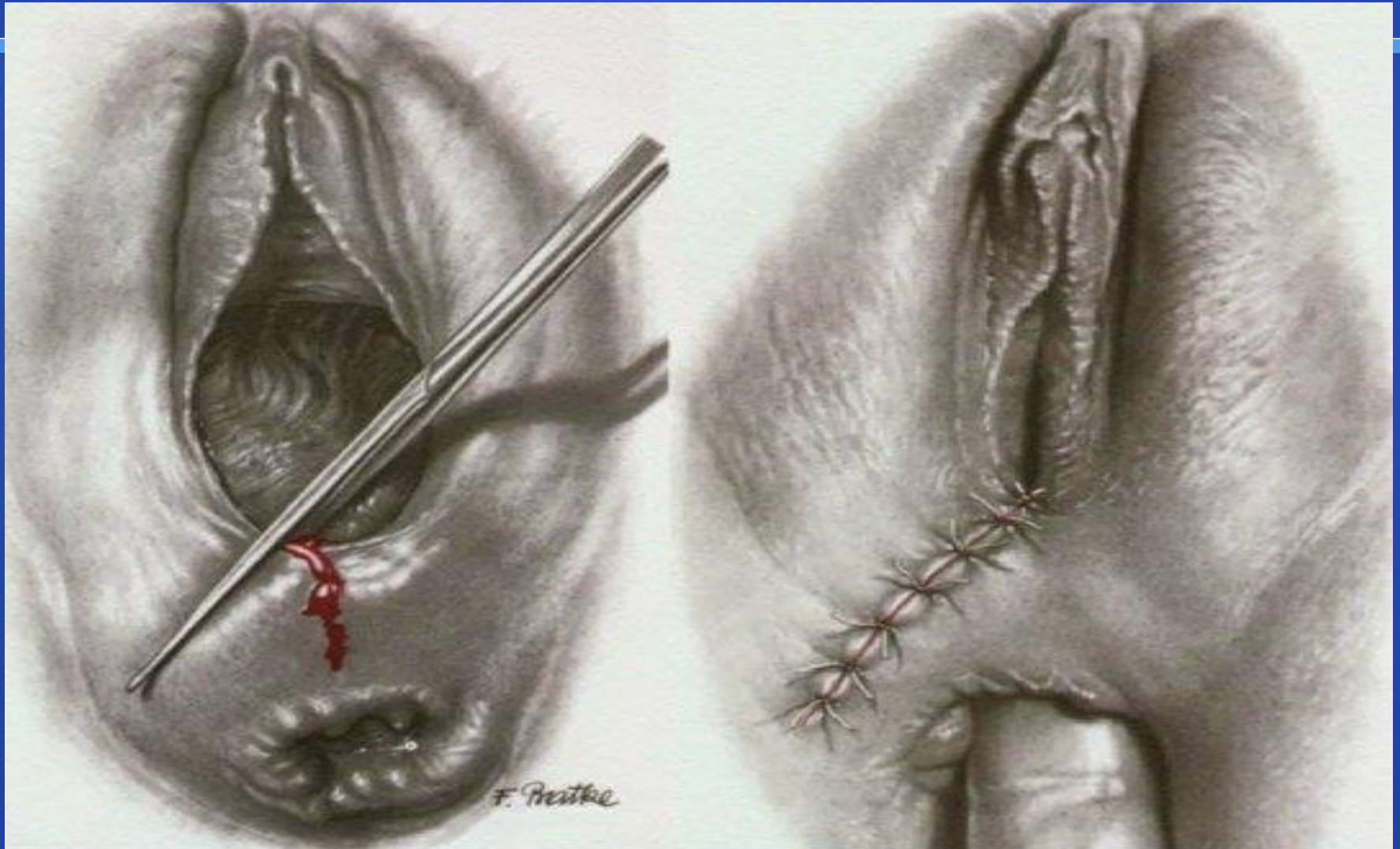
PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS



PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

- 04.11.01.006-9 – RESSUTURA DE EPISIORRAFIA PÓS-PARTO

EPISIORRAFIA



Episiotomia

Episiorrafia

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

➤ 04.11.02.002-1 – EMBRIOTOMIA

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

FRAGMENTAÇÃO DO FETO DENTRO DO ÚTERO QUANDO NÃO É
POSSÍVEL A SAÍDA NORMAL

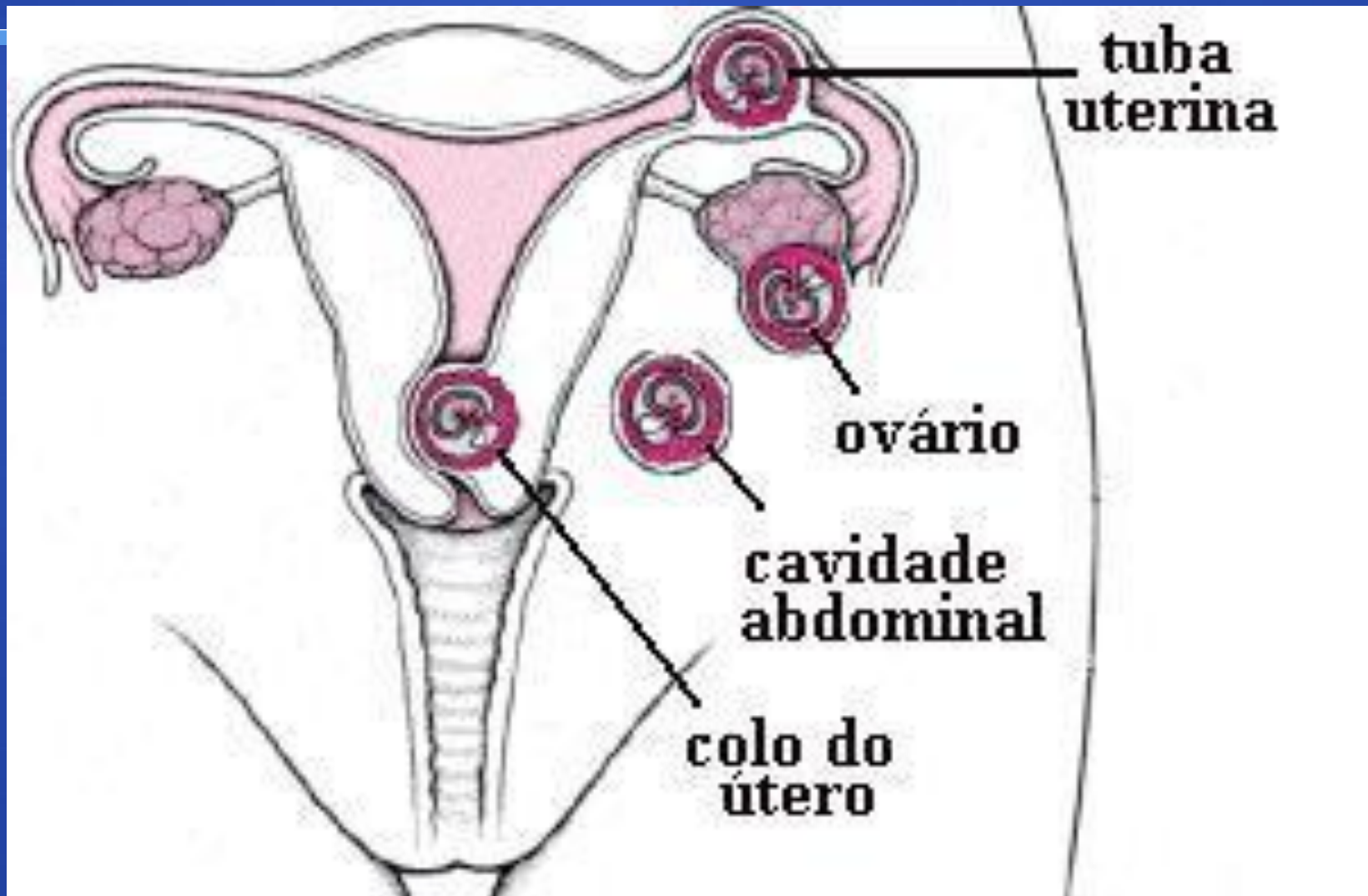
PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

- 04.11.02.003-0 – HISTERECTOMIA PUERPERAL

PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

- 04.11.02.004-8 – TRAT. CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA

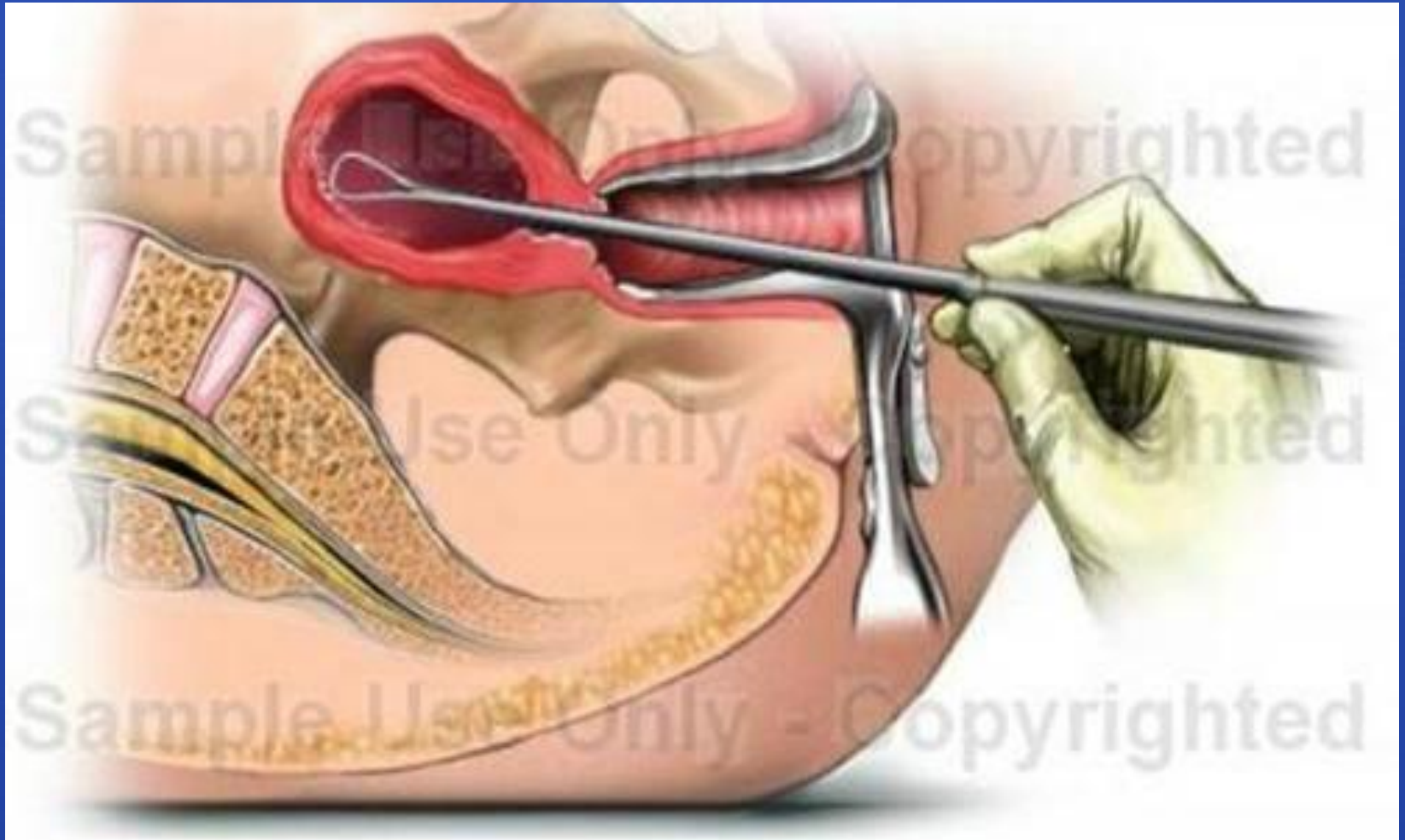
GRAVIDEZ ECTÓPICA



PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS-CURETAGEM

- 04.11.02.001-3 – CURETAGEM PÓS ABORTO/PUERPERAL

PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS- CURETAGEM

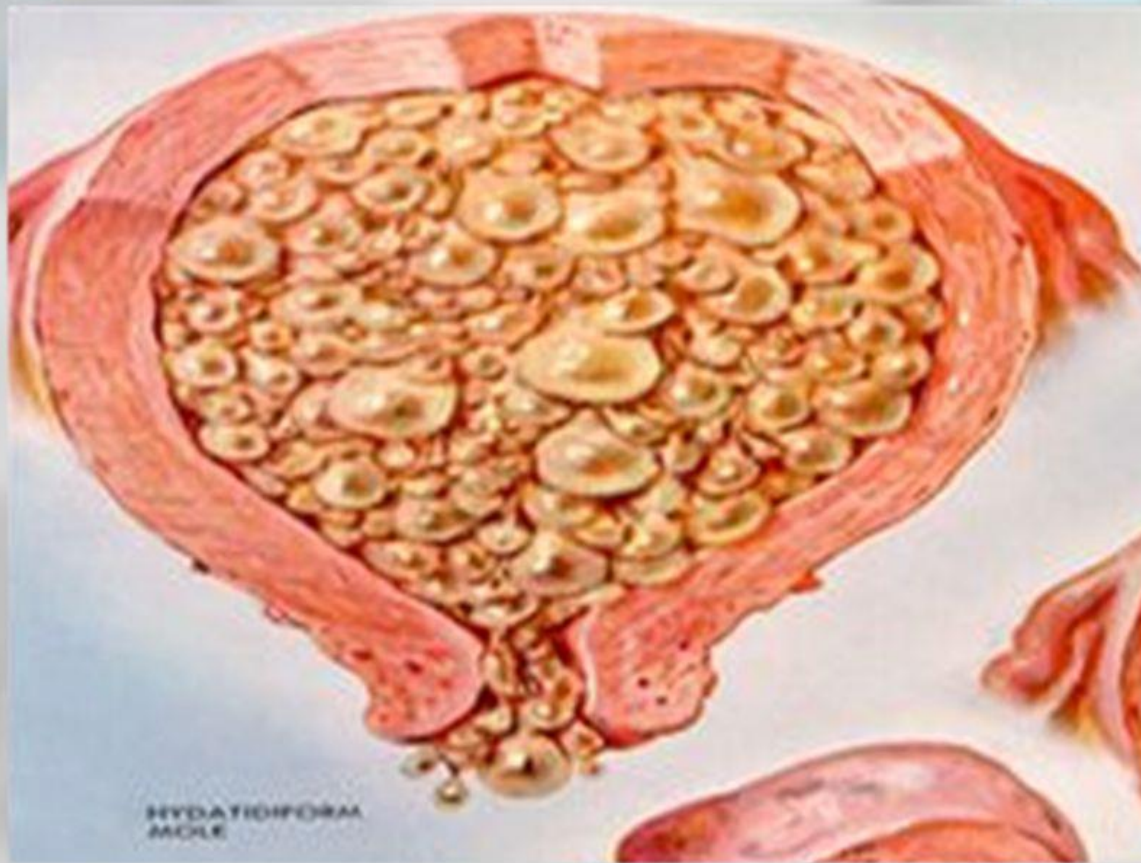


PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS-CURETAGEM

- 04.09.06.005-4 – CURETAGEM DE MOLA HIDATIFORME

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS-CURETAGEM

MOLA HIDATIFORME



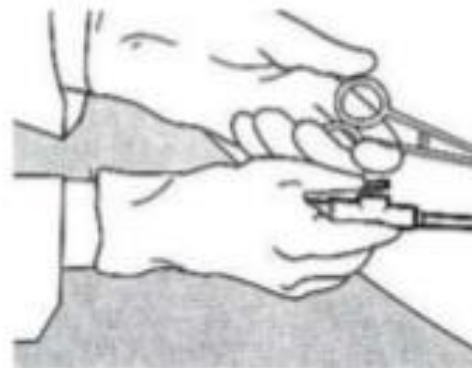
PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

- 04.09.06.007-0 – ESVAZIAMENTO UTERINO PÓS ABORTO POR AMIU

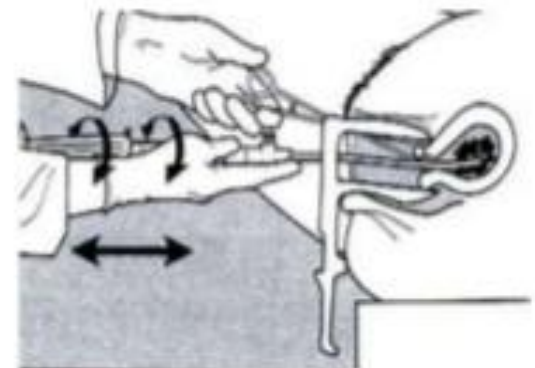
PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

AMIU

- ❖ ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA
- ❖ Pode ser realizado ambulatorialmente, sem necessidade de anestesia geral ou internação
- ❖ Menor risco de perfuração uterina, de necessidade de dilatação cervical e risco de sinéquias
- ❖ Procedimento de eleição em gestações com até 12 semanas



Liberando o vácuo da válvula



Remoção do conteúdo uterino

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS- CLÍNICOS

➤ 03.03.10.001-0 - TRAT. COMPL. REL. COM O PUERPÉRIO

infecção puerperal, infecção ferida operatória, cefaleia pós-raqui, ruptura da incisão, mastite, etc.

➤ 03.03.10.002-8 - TRAT. DA ECLÂMPSIA

➤ 03.03.10.003-6 - TRAT. DO EDEMA, PROTEINÚRIA E TRANST. HIPERTENSIVOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

hipertensão crônica, pré-eclâmpsia e outras doenças hipertensivas

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS- CLÍNICOS

➤ 03.03.10.004-4 – TRAT. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ

ameaça de aborto, infecção urinária, diabetes, hiperemese, trombozes, trabalho de parto prematuro, anemia, etc.

➤ 03.03.10.005-2 – TRAT. DA MOLA HIDATIFORME

tratamento clínico

NOVAS DIRETRIZES DO CONITEC

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

PARTO NORMAL

- **As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto.**
- **O enema (lavagem intestinal) não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto.**
- **A tricotomia (raspagem dos pelos) pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto.**
- **A amniotomia (rompimento da bolsa das águas) precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.**

PARTO NORMAL

- As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem posições diferentes da posição deitada, no trabalho de parto e no parto.
- A episiotomia (corte no períneo) não deve ser realizada de rotina.
- O pinçamento do cordão umbilical deve ser realizado entre 1 a 5 minutos ou quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação
- Não se recomenda a aspiração de secreções sistemática do recém-nascido saudável.

PARTO NORMAL

- **As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto.**
- **O enema (lavagem intestinal) não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto.**
- **A tricotomia (raspagem dos pelos) pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto.**
- **A amniotomia (rompimento da bolsa das águas) precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.**

DIRETRIZES CESARIANA PROGRAMADA

I. CUIDADO CENTRADO NA MULHER

- Informar as gestantes sobre todos os riscos e benefícios, incluindo a gestante na decisão
- Termo de consentimento
- Registrar fatores que influenciaram a decisão

DIRETRIZES CESARIANA PROGRAMADA

II. RECOMENDAÇÕES SOBRE A CESARIANA PROGRAMADA

- Não realizar cesariana de rotina na apresentação pélvica
- Cesariana na gestação gemelar deve ser individualizada
- Não realizar cesariana no pré termo sem outras indicações
- Em fetos pequenos para IG não realizar cesariana de rotina
- Cesariana na placenta prévia centro total e centro parcial

DIRETRIZES CESARIANA PROGRAMADA

- Realizar cesariana em centro de referência no diagnóstico de acretismo placentário
- Não realizar cesariana para prevenir transmissão vertical do HIV quando estiver com carga viral controlada, se não estiver ou for desconhecida fazer o AZT endovenoso e realizar a cesariana após 3 horas
- Não recomendada para hepatite B e C
- Recomendada na co-infecção hepatite +HIV
- Recomendada para o herpes no terceiro trimestre ou ativo
- Não é recomendada na obesidade

DIRETRIZES CESARIANA PROGRAMADA

III. PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA PRÉVIA

- Monitorização rigorosa do trabalho de parto e acesso fácil à cesariana de urgência
- Não usar misoprostol
- No intervalo interpartal menor que 15 meses individualizar
- Recomenda opção informada para parto vaginal após duas cesarianas em centro de referência
- Recomenda cesariana quando houver cicatriz uterina longitudinal ou mais de duas cesarianas prévias

DIRETRIZES CESARIANA PROGRAMADA

IV. CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO

- Presença de pediatra ou outro profissional treinado em reanimação em sala quando da cesariana
- Suporte adicional para a mulher iniciar o aleitamento logo após o parto
- Não determinar o modo de nascimento em função da realização da laqueadura

OBRIGADA!