

# **PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

# **FICHA TÉCNICA**

---

## **Prefeito**

Pedro Charles Shirakawa Ishi

## **Secretário Municipal de Saúde**

Diego Alves Ferreira

## **Diretoria de Atenção à Saúde**

Cíntia Cristina Steffens Watanabe

## **Coordenação de Rede Alyne**

Alcione Cristiana de Sena Almeida

### **Elaboração (2ª versão):**

Isabella Masirevic Lozano Navajas

Alcione Cristiana de Sena Almeida

### **Colaboradores:**

Regislaine Aparecida Ribeiro Gonçalves

Daiane dos Santos Soares

Cíntia Ayame Sato Fernandes

Amanda Thamy Koto Viana

### **Revisão e Aprovação:**

Grupo Condutor da Rede Alyne - Suzano

**Suzano - 2025**

# SUMÁRIO

---

FICHA TÉCNICA.....	2
SUMÁRIO.....	3
APRESENTAÇÃO.....	4
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID).....	5
PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA OBSTETRÍCIA- PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	8
PROTOSCOLO 1 – HIPERTENSÃO.....	9
PROTOSCOLO 2 – DIABETES MELLITUS.....	13
PROTOSCOLO 3 – HIPERTIROIDISMO E HIPOTIROIDISMO.....	16
PROTOSCOLO 4 - TOXOPLASMOSE.....	19
PROTOSCOLO 5 – ISOIMUNIZAÇÃO RH.....	21
PROTOSCOLO 6 – IDADE MATERNA.....	22
PROTOSCOLO 7 – GESTAÇÃO MÚLTIPLA.....	23
PROTOSCOLO 8 – GESTANTE COM ABORTAMENTOS CONSECUTIVOS.....	24
PROTOSCOLO 9 – ANEMIA GRAVE (Hb < 8mg/dl).....	26
PROTOSCOLO 10 – GESTANTES QUE FAZEM USO DE MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS .....	28
PROTOSCOLO 11 – OBESIDADE MÓRBIDA (GRAU 3).....	29
PROTOSCOLO 12 – TROMBOFILIAS.....	30
PROTOSCOLO 13 – ALTERAÇÕES UTERINAS.....	33
PROTOSCOLO 14 – SÍFILIS.....	34
PROTOSCOLO 15 – CONDILOMA ACUMINADO/ VERRUGAS VIRAIS.....	35
PROTOSCOLO 16 – MALFORMAÇÕES FETAIS.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

# APRESENTAÇÃO

---

O presente Protocolo de Alto Risco foi elaborado com o objetivo de padronizar e qualificar as condutas assistenciais voltadas ao atendimento de pacientes que apresentam condições clínicas, obstétricas ou sociais que demandam acompanhamento especializado. Sua aplicação busca garantir a identificação precoce dos fatores de risco, o correto encaminhamento e a integração entre os diferentes níveis de atenção, assegurando cuidado seguro, humanizado e baseado em evidências.

Este documento estabelece critérios de inclusão, fluxos de atendimento, responsabilidades da equipe multiprofissional e orientações para registro e monitoramento dos casos, alinhando-se às diretrizes do Ministério da Saúde e às necessidades específicas da rede de atenção local.

A apresentação do protocolo será realizada de forma expositiva e dialogada, contemplando a explanação dos critérios, a demonstração prática dos fluxos e o esclarecimento de dúvidas, visando a sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos, fortalecendo a linha de cuidado e reduzindo riscos e complicações associados ao atendimento de alto risco.

# **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)**

---

## **1. Hipertensão em Gestantes**

Difícil controle pressórico ou qualquer critério diagnóstico de pré-eclâmpsia.

- Hipertensão pré-existente não especificada - O10.9;
- Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa - O13
- Hipertensão gestacional com proteinúria significativa – O14
- Pré-eclâmpsia moderada – O14.0
- Pré-eclâmpsia grave – O14.1
- Pré-eclâmpsia não especificada– O14.9

## **2. Diabetes em Gestantes**

- Diabetes Mellitus pré-existente, não especificado - O24.3;
- Diabetes Gestacional (ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas ou gestante com hipertensão crônica) - O24.9.

## **3. Isoimunização Rh**

- O36.0

## **4. Hepatites**

- Hepatite viral aguda ou crônica por vírus C e hepatite viral crônica por vírus B, complicando a gravidez, o parto e o puerpério - O98.4

## **5. Toxoplasmose em Gestantes**

- Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério - O98.6

## **6. Anemias em Gestantes**

- Anemia complicando a gravidez, o parto e o puerpério - O99.0

## **7. Gestação com Abortamento Recorrente**

- N96

## **8. Hipertireoidismo**

- E05

## **9. Hipotireoidismo**

- E03.9

## **10. Outras Condições Clínico-Maternas**

- Tromboembolismo venoso prévio – O22.3;
- Nefropatias graves (doença renal crônica, glomerulonefrite) - O26.8;
- Doenças Hematológicas (trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática) – O99.1;
- Doenças Autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome dos anticorpos antifosfolídeos, outras colagenoses) – O99.1;
- Desnutrição ou Obesidade Mórbida – O99.2;
- Doenças Psiquiátricas (psicose, depressão grave, bipolaridade, esquizofrenia) – O99.3;
- Infarto agudo do miocárdio prévio ou cardiopatias graves – O99.4;
- Pneumopatias graves – O99.5;
- Deformidade esquelética materna grave – O99.8;
- Displasia de Alto Grau – N87.2;
- Suspeita de Câncer de Mama – C50/ C50.9;
- Suspeita de Câncer Ginecológico – C56 / C57.0;
- Neoplasia Maligna atual (exceto neoplasia de pele não melanoma) – C80.

## **11. Grupos Especiais:**

- Gestantes adolescentes com 14 anos ou menos - Z35.6;
- Gestantes adolescentes ou acima de 40 anos com comorbidade associada, deve-se utilizar o CID específico da comorbidade.

## **12. Condições Fetais**

- Gemelaridade - O30;
- Suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível – PO5.9

### **13. Alterações Ecográficas na Gestação**

- Alterações no Líquido Amniótico (O41.9) como:
  - Oligoâmnio (ILA menor que 8cm associado a um crescimento intrauterino restrito ou bolsão < 2cm);
  - Polidrâmnio grave (ILA maior que 25cm ou bolsão > 16cm);
  - Polidrâmnio consequente à anomalia fetal.
- Alterações Placentárias (O43.9) como:
  - Placenta prévia oclusiva parcial em Ecografia realizada em gestantes com mais de 28 semanas;
  - Acretismo placentário ou implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia;
  - Inserção velamentosa do cordão
- Alterações Fetais como:
  - Crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para a idade gestacional) – PO5.9;
  - Fetos com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética que apresentam consequências clínicas/funcionais como fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, mielomeningocele/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, cardiopatia, anencefalia, entre outros – Q89.9

### **14. Mau passado Obstétrico (Z35.2)**

- Condições fetais como história de óbito fetal no 2º e/ou 3º trimestre, prematuridade;
- Condições maternas como eclâmpsia, síndrome HELLP, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, acretismo placentário em gestação anterior, cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

# **PROCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA OBSTETRÍCIA - PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

---

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para especialidade de Obstetrícia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico das pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento, mesmo que não contemplados nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

É responsabilidade do médico assistente identificar situações que demandem avaliação imediata em Unidade Hospitalar, como por exemplo o diagnóstico ou suspeita de pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, infecção ovular, trabalho de parto prematuro, entre outras situações.

Algumas gestantes poderão ser reencaminhadas à Unidade de Saúde de origem, caso não seja comprovada a situação de risco, para que as vagas não sejam ocupadas desnecessariamente.

Situações específicas e imprevistas deverão ser discutidas antes do encaminhamento, uma vez que esta situação "Alto Risco" gera dúvidas e ansiedades maternas, muitas vezes injustificadas e desnecessárias.

**O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de risco habitual, não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, além de retardar o acesso das gestantes que deles precisam, por isso a importância do encaminhamento adequado.**

# PROTOCOLO 1 – HIPERTENSÃO

Considerar Hipertensão Arterial Sistêmica as gestantes com pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg ou pressão arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg medida de maneira adequada.

## Indicações clínicas que apontam a necessidade de encaminhamento para Pronto Atendimento à Mulher – PAM:

- Suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia;
- Crise hipertensiva (PA sistólica  $\geq 160$  mmHg ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg).

### Quadro 1 – Suspeita de Pré-eclâmpsia ou Eclâmpsia

#### PRÉ-ECLÂMPسيا

Hipertensão arterial (PAS  $\geq 140$  mmHg ou PAD  $\geq 90$  mmHg\*) detectada em duas ocasiões:

- Proteinúria (relação proteinúria/creatinúria  $\geq 0,3$  ou fita reagente  $\geq 1+$ ); Na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia) ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas); e/ou
- Sintomas premonitórios (qualquer um dos sintomas) por pelo menos 4h de intervalo, após a 20ª semana gestacional como:
  - Anormalidades visuais (visão turva, escotoma, fotofobia);
  - Dor abdominal ou epigástrica;
  - Náusea e vômito;
  - Dispneia;
  - Dor retroesternal;
  - Confusão mental.

#### PRÉ-ECLÂMPسيا SOBREPOSTA À HIPERTENSÃO CRÔNICA

Hipertensão arterial identificada antes da 20ª semana gestacional associada a:

- Piora da proteinúria;
- Piora do controle pressórico;
- Sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.

## **ECLÂMPSIA**

Crise convulsiva em pacientes com pré-eclâmpsia.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de Alto**

#### **Risco:**

- **Hipertensão Crônica com:**

- Lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia);
- Hipertensão leve a moderada (PA sistólica  $\geq 140$  a 159mmHg ou PA diastólica  $\geq 90$  a 109mmHg) em uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos;
- Hipertensão Grave (PA sistólica  $\geq 160$  mmHg ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg), independente do tratamento, após a avaliação em emergência;
- Suspeita de Hipertensão Secundária;
- Tabagismo;
- Idade materna maior ou igual a 40 anos;
- Diagnóstico de Diabetes Mellitus ou Diabetes Gestacional;
- Mal resultado obstétrico e/ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras;
- Sinais de insuficiência placentária (oligoâmnio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência de artérias uterinas).

- **Hipertensão Gestacional:**

- Diagnosticada após 20ª semana (após exclusão de pré-eclâmpsia);
- Diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica);
- Gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome de HELLP, pré- eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, entre outras).

**PAS  $\geq$  140 e/ou PAD  $\geq$  90 mmHg**  
**Em ao menos 2 ocasiões com intervalo mínimo de 4h**

**Pré-eclâmpsia:**

- > 20 semanas; E
- Proteinúria e/ou disfunção de órgão-alvo e/ou disfunção útero-placentária.

**Hipertensão arterial crônica:**

- Antes da gestação ou < 20 semanas e persiste por mais de 12 semanas após o parto

**Pré-eclâmpsia sobreposta a HAC:**

- HAC associada a aparecimento ou piora de proteinúria prévia e/ou piora dos níveis pressóricos e/ou disfunção de órgão-alvo.

**Hipertensão gestacional:**

- > 20 semanas sem evidência de proteinúria e/ou disfunção de órgão-alvo e desaparece após 12 semanas pós-parto.

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, alfa 2 agonistas	Metildopa 250 mg	750 mg a 2000 mg/dia 2 a 4 vezes/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Anlodipino 5 mg	5 mg a 20 mg/dia 1 a 2 vezes/dia
Vasodilatador periférico	Hidralazina 25 mg	50 a 150 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
Beta-bloqueadores	Metoprolol 25mg	100 a 200 mg/dia 1 a 2 vezes/dia
Beta-bloqueadores	Carvedilol 3,125 mg	12,5 mg a 50 mg/dia 1 a 2 vezes/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e a partir de então aumentar a dose

## **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER**

- 1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce**
- 2. Diagnóstico de Hipertensão prévio à gestação. Caso não tenha, preencher a idade gestacional do diagnóstico**
- 3. Duas medidas de Pressão Arterial com data**
- 4. Resultado de proteinúria (microalbuminúria ou relação proteinúria/ creatininúria em amostra) com data**
- 5. Resultado de exames laboratoriais**
- 6. Medicamentos em uso para hipertensão**
- 7. Descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes**

# PROTOCOLO 2 – DIABETES MELLITUS

---

## DIABETES MELLITUS (DM) NA GESTAÇÃO:

- DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional;
- Diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros\*:
  - Glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL;
  - Glicemia 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL;
  - Hemoglobina glicada maior ou igual 6,5%;
  - Glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas como poliúria, polidipsia e/ou perda de peso.

## DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG):

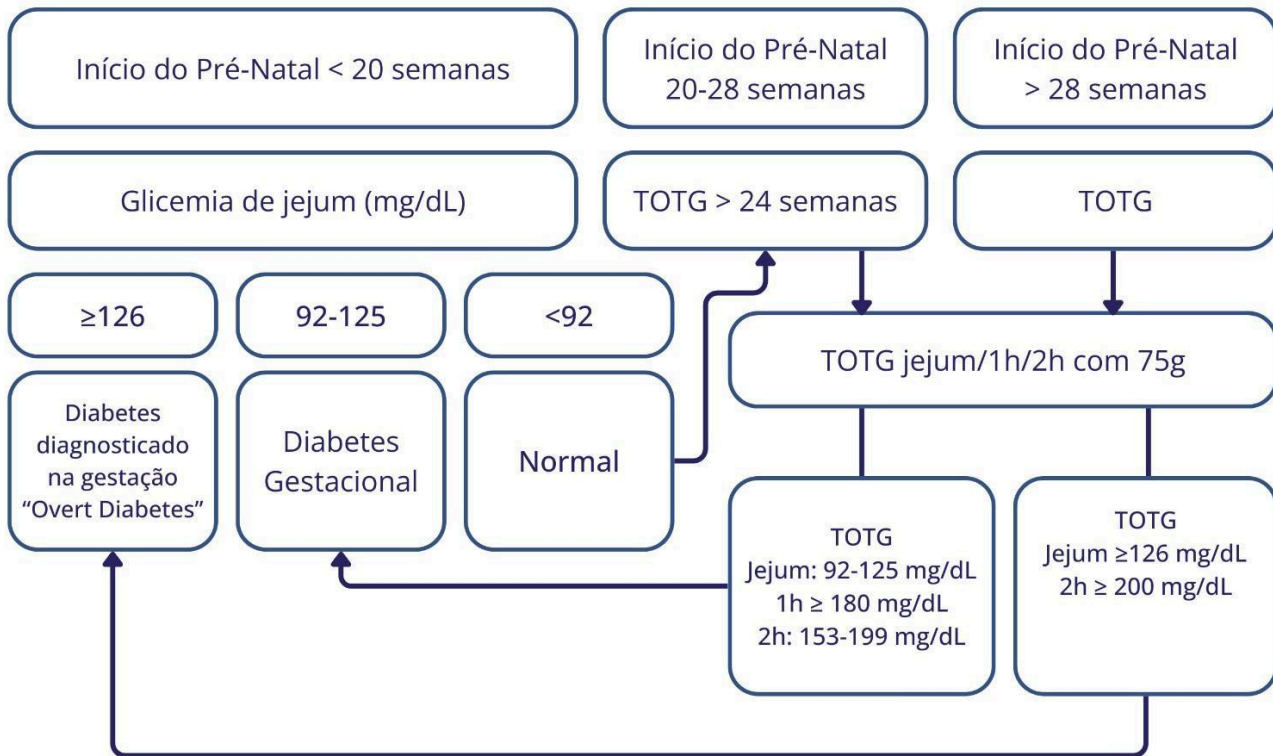
Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios para diagnóstico de DM.

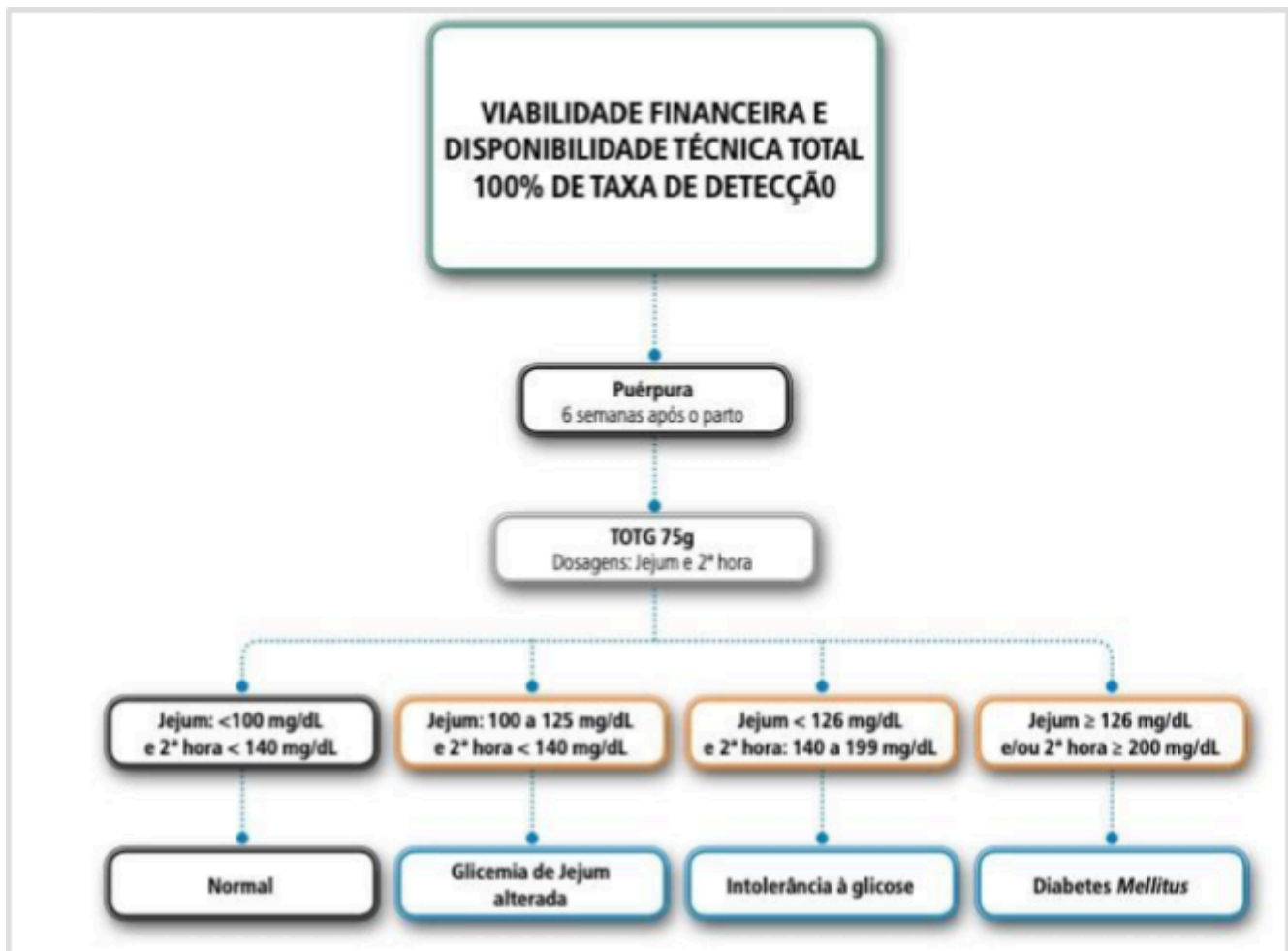
- Critérios diagnósticos para DMG, conforme os seguintes parâmetros\*:
  - Glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor maior ou igual a 92mg/dL e menor ou igual a 125 mg/dL\*;
  - Glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75g de glicose, realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiroexame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL, com, pelo menos, um dos seguintes resultados:
    - Glicemia em jejum maior ou igual a 92 mg/dL e menor ou igual a 125mg/dL.
    - Glicemia após 1 hora maior ou igual a 180mg/dL.
    - Glicemia após 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL e menor ou igual a 199mg/dL.

\*\*\*Confirmar com a paciente se foi realizado jejum absoluto de 8h.



### Classificação da hiperglicemia na gestação em mulheres sem DM conhecido





### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER

1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce
2. Diagnóstico de Diabetes prévio à gestação
3. Resultado de exames de glicemia em jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose com data
4. Perfil Glicêmico completo com mais de 30% de alteração – após orientação sobre dieta e atividade física
5. Descrição do tratamento farmacológico e não farmacológico para diabetes

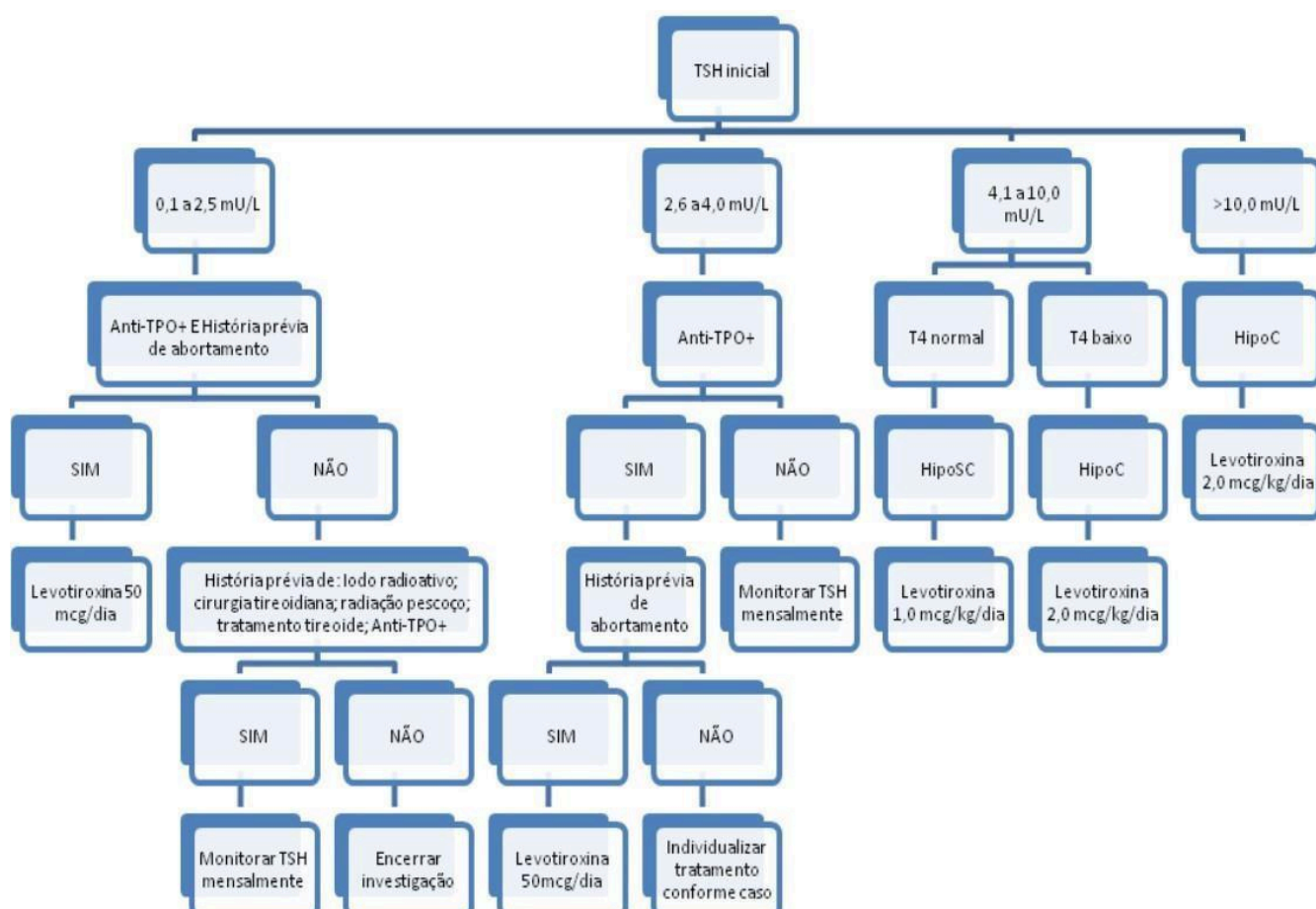
# PROCOLO 3 – HIPERTIREOIDISMO E HIPOTIREOIDISMO

## HIPERTIREOIDISMO

Hiperatividade da glândula tireoide, que resulta no aumento da síntese e da liberação dos hormônios tireoidianos na circulação. Pode apresentar redução dos níveis de TSH em face de concentrações séricas normais ou elevadas de T4.

### DIAGNÓSTICO:

DISFUNÇÃO	TSH	T4 LIVRE	T4 TOTAL
Hipertireoidismo clínico	<0,1 mU/L	Acima da referência	Acima de 1,5 vezes da referência
Tireotoxicose gravídica	<0,1 mU/L	Normal ou pouco elevado	Normal ou pouco elevado



### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER

1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce
2. Resultado de TSH e T4 livre/total com data
3. Dosagem de TRAb com data
4. Tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia)

### HIPOTIREOIDISMO

Diminuição da atividade da glândula tireoide levando à deficiência de hormônios tireoidianos, podendo ou não haver sintomas. Pode apresentar elevação dos níveis de TSH em face de concentrações séricas diminuídas de T4. DIAGNÓSTICO:

DISFUNÇÃO	TSH	T4 LIVRE	T4 TOTAL
Hipotireoidismo clínico	>4,0 mU/L	Abaixo da referência	Abaixo de 1,5 vezes da referência
Hipotireoidismo clínico	>10,0 mU/L	Qualquer valor	Qualquer valor
Hipotireoidismo subclínico	>4,0 e <10mU/L	Normal	Normal

### TRATAMENTO:

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER

1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce
2. Resultado de TSH com data
3. Resultado de T4 livre e anti-TPO com data
4. Tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia)

A condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco é TSH maior que 10mU/L. Para alterações de TSH que não se enquadram nos critérios de encaminhamentos, introduzir tratamento (se necessário com o auxílio do clínico geral da Unidade) e acompanhar os valores de TSH mensalmente.

---

## FEBRASGO POSITION STATEMENT

---

# Rastreamento, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação

Número 10 – Outubro 2022

A Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo) e o Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) referendam este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.



## PROTOCOLO 4 - TOXOPLASMOSE

Doença causada por infecção pelo parasita obrigatório intracelular *Toxoplasma gondii*. A toxoplasmose congênita é uma infecção de recém-nascidos, que resulta da transferência transplacentária dos parasitas da mãe infectada para o feto.

As pacientes com sorologia negativa são consideradas suscetíveis, além de orientadas com medidas higienodietéticas, devem ser submetidas à nova sorologia no 2º e no 3º trimestre. A toxoplasmose aguda geralmente é assintomática, portanto, o diagnóstico depende do rastreamento sorológico.

TABELA DE RASTREAMENTO	
<b>Gestante Imune</b>	IgG positivo e IgM negativo
<b>Gestante Suscetível</b>	IgG e IgM negativo
<b>Casos Suspeitos</b>	IgG e IgM positivos na primeira sorologia*
<b>Infecção Fetal</b>	Confirmada pela realização de amniocentese

\*Nesse caso, solicitar avidéz de IgG. A presença de anticorpos de alta avidéz praticamente exclui a doença aguda de 12 à 16 semanas que precederam o teste. Anticorpos de baixa avidéz pode estar associado à infecção aguda.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Pronto Atendimento à Mulher – PAM:

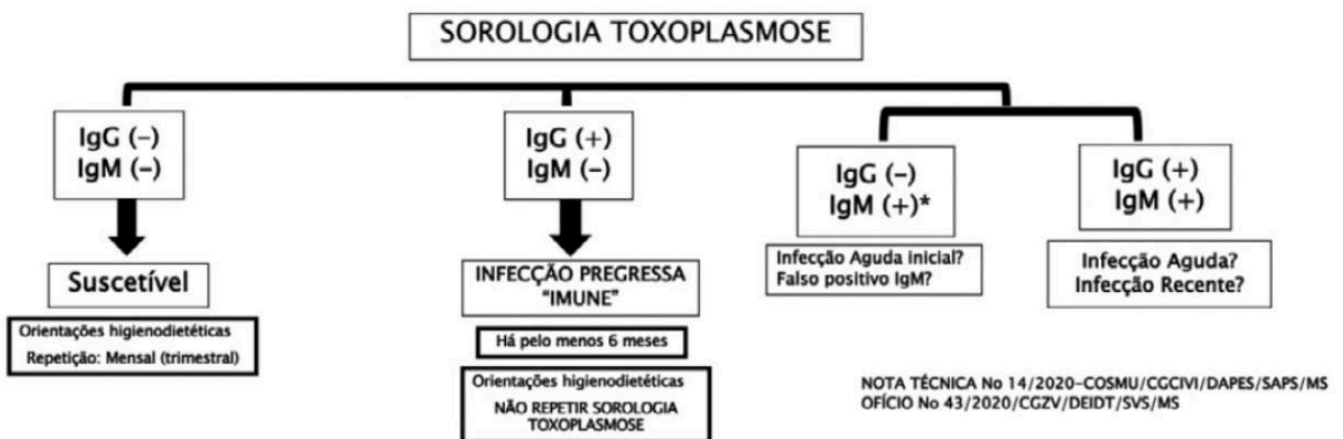
- Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/ reativada;
- Pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

## Tratamento:

Gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose devem iniciar o tratamento imediato enquanto aguardam a consulta com o serviço especializado. O uso de Espiramicina pode reduzir a transmissão vertical da doença em até 50%.

<b>Caso Agudo</b>	Espiramicina	3,0g/dia	Via Oral
<b>Infecção Fetal Documentada</b>	Piremetamina +	25mg de 12/12h	Via Oral
	Sulfadiazina +	500mg (2cps) de 8/8h	
	Ácido Folínico	15mg ao dia	

## FLUXOGRAMA 1 – ALGORITMO PARA INTERPRETAÇÃO DAS SOROLOGIAS IGM E IGG PARA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL



### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER

1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce
2. Resultado de toxoplasmose IgG e IgM com data
3. Resultado de avidéz ao IgG com data, se necessário
4. Resultado de ecografia obstétrica com data, caso houver
5. Se a paciente apresenta imunossupressão. Em casos positivos, descrever a causa

## **PROTÓCOLO 5 – ISOIMUNIZAÇÃO RH**

---

O mecanismo de sensibilização materna deve-se às transferências sanguíneas feto-maternas, transfusões incompatíveis ou ainda compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis. A aloimunização Rh(D) é a única passível de profilaxia. Todas as gestantes têm amostra de sangue colhida na primeira consulta de pré-natal, onde é obtido a determinação do tipo ABO – Rh e a prova de Coombs indireto, entre outros resultados.

Gestantes com o Rh e coombs indireto negativo são informadas sobre a possibilidade de incompatibilidade sanguínea com seus respectivos parceiros. Caso o parceiro seja Rh positivo ou desconhecido, a gestante deverá realizar o Coombs indireto mensal ou trimestralmente, dependendo do serviço em que está sendo atendida. Caso permaneça negativo, a mesma receberá a dose padronizada de Imunoglobulina Anti-D intramuscular na sua 28ª semana.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Pré-Natal de**

#### **Alto Risco:**

- Gestante com diagnóstico de Isoimunização Rh em gestação anterior;
- Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título;
- Gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia.

#### **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER**

**1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce**

**2. Resultado de tipagem sanguínea e fator Rh**

**3. Resultado de Coombs indireto com data**

**4. Resultado de ecografia obstétrica com data, se realizado**

## **PROTOCOLO 6 – IDADE MATERNA**

---

Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco em adolescentes grávidas. É preciso atenção especial às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

Para as mulheres com mais de 40 anos primigesta ou com a última gestação há mais de 10 anos, também é preciso ter um olhar diferenciado ao longo do pré-natal, devido ao potencial de desenvolvimento de doenças crônicas passíveis de trazer risco à saúde da mãe e do bebê.

### **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER**

**1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce**

**2. Resultado de ecografia obstétrica morfológica, com data**

# PROTÓCOLO 7 – GESTAÇÃO MÚLTIPLA

A gestação múltipla é definida como a gestação com presença simultânea de dois ou mais conceitos, podendo ser classificada em dupla, tripla, quádrupla, entre outros. O pré-natal deve focar no aparecimento de intercorrências clínicas e no rastreamento de riscos adicionais, como a prematuridade.

Os termos corionicidade e amnionicidade descrevem a placentação e composição da membrana da gravidez. O conhecimento dos mesmos é o que guia a conduta a ser adotada durante o pré-natal e o seu prognóstico. Sendo assim, o ultrassom deve ser realizado o mais precoce possível, para definição de corionicidade.

## CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER

1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce
2. Resultado de ecografia obstétrica com data
3. Relato da corionicidade e amnionicidade



# PROTOCOLO 8 – GESTANTE COM ABORTAMENTOS CONSECUTIVOS

---

As condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Pronto Atendimento à Mulher geralmente englobam sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou abortamento inevitável, geralmente sendo sangramentos vaginais ativos associado a dor abdominal, colo uterino aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular.

## Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco:

- Gestante com histórico de abortamento recorrente como:
  - Perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20<sup>a</sup> - 22<sup>a</sup> semana, em mulheres com idade menor que 35 anos;
  - Perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações antes da 20<sup>a</sup> - 22<sup>a</sup> semana em mulheres com idade igual ou maior que 35 anos.
- Presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo.

## INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL:

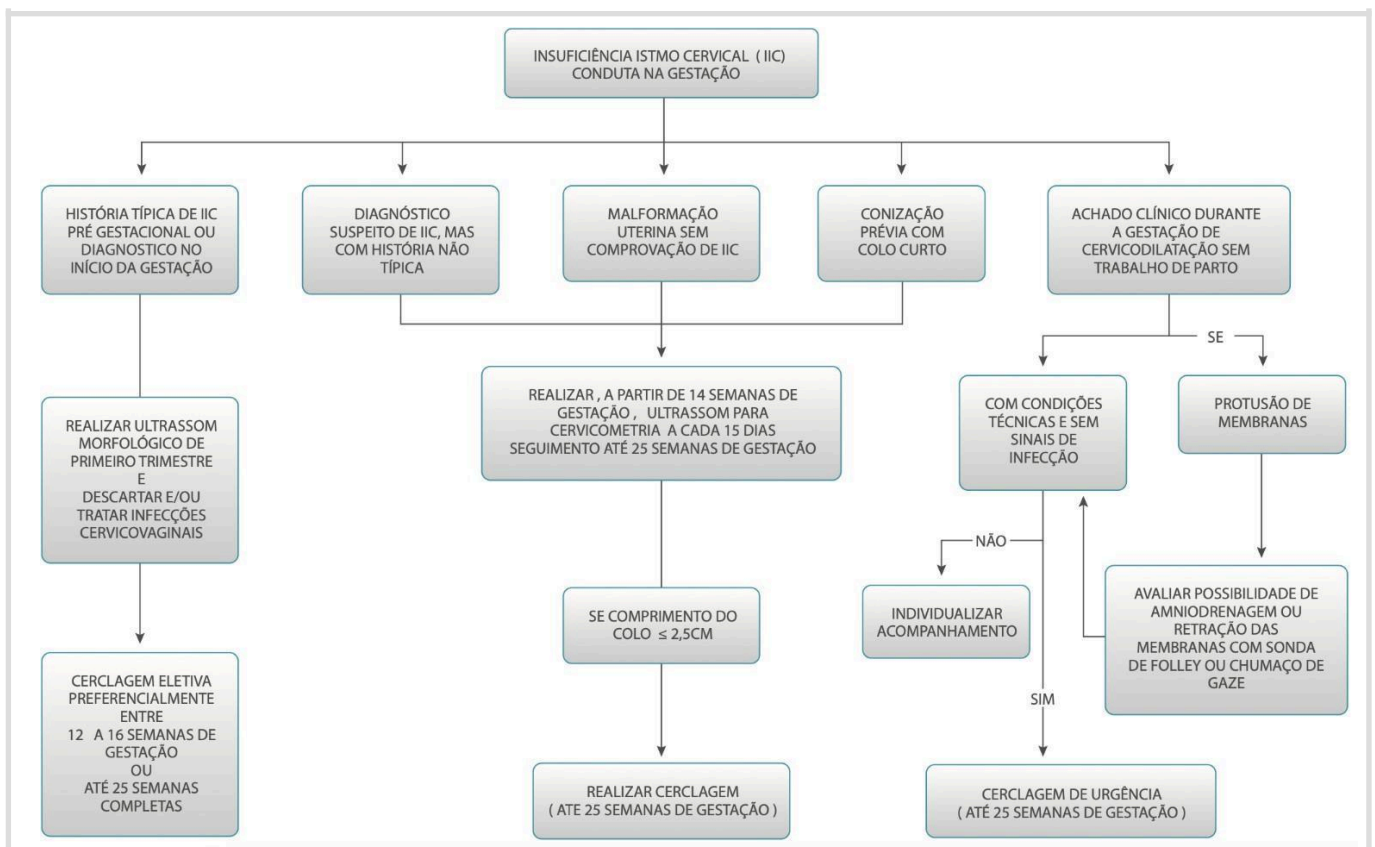
Histórico de duas ou mais perdas gestacionais no segundo ou terceiro trimestre, associado à dilatação cervical indolor. O diagnóstico também poderá ser feito pela ultrassonografia transvaginal com a solicitação da medida do comprimento do colo uterino.

Caso haja suspeita de insuficiência istmocervical em gestação antes da 12<sup>a</sup> semana, encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. Também deve-se encaminhar à maternidade entre 12<sup>a</sup> a 16<sup>a</sup> semana de gestação, para avaliação quanto a realização oportuna de cerclagem.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco:**

- História prévia de insuficiência istmocervical. Neste caso, deve-se iniciar com progesterona micronizada via vaginal de 100mg a 200mg por dia, a partir da 16ª semana de gestação enquanto aguarda consulta em serviço especializado.
- Suspeita atual de comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 25mm em mulheres com histórico de parto prematuro prévio ou menor que 20mm em mulheres sem histórico de parto prematuro prévio.

<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER</b>
<b>1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce</b>
<b>2. Números de abortamentos anteriores e idade gestacional em cada</b>
<b>3. Outras comorbidades que aumentam risco de abortamento</b>
<b>4. Histórico de tromboembolismo venoso profundo prévio ou trombose arterial</b>
<b>5. Histórico ou suspeita de insuficiência istmocervical</b>

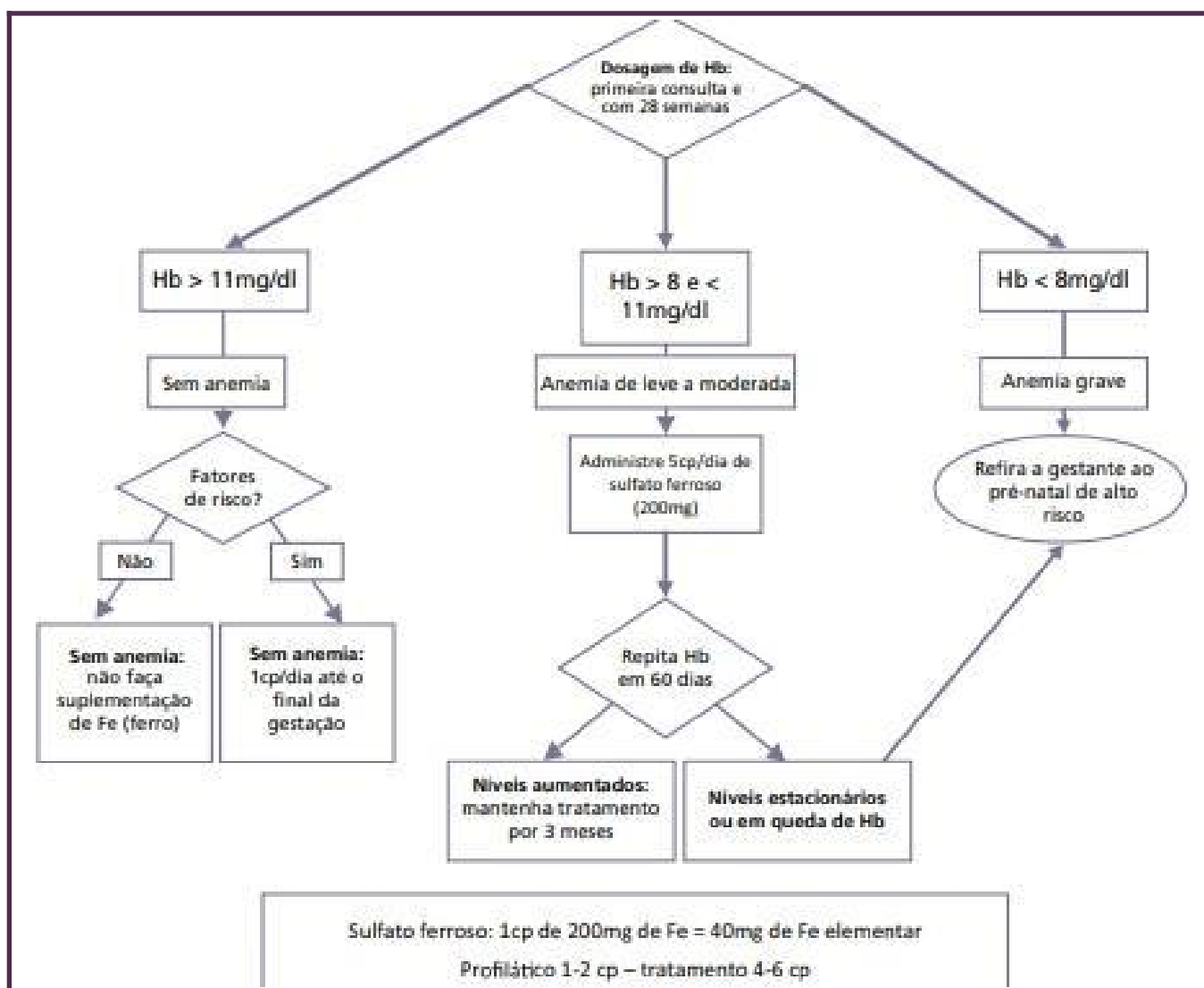


## PROTOCOLO 9 – ANEMIA GRAVE (Hb < 8MG/DL)

As condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Pronto Atendimento à Mulher geralmente englobam sinais e sintomas como dispneia, taquicardia, hipotensão, entre outros.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco:

- Diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias
- Hemoglobina menor que 8mg/dl sem sinais ou sintomas
- Hemoglobina entre 9mg/dl e 11mg/dl sem melhora após tratamento otimizado com sulfato ferroso 200mg por 60 dias. Neste caso, deve-se repetir o exame com intervalo mínimo de 60 dias
- Hemoglobina menor que 10mg/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.



**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER**

**1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce**

**2. Diagnóstico de hemoglobinopatias, caso possua**

**3. Resultado de eletroforese de hemoglobina com data, caso realizado**

**4. Resultados de hemograma com datas**

**5. Tratamento realizado com medicação, posologia e duração.**

## **PROTOCOLO 10 – GESTANTES QUE FAZEM USO DE MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS**

---

Geralmente a epilepsia não interfere com a gestação, a não ser que ocorra estado de mal epilético, o que poderá causar anóxia com eventual sofrimento do feto. Praticamente todos os anticonvulsivantes foram associados a malformações.

A monoterapia é o tratamento de escolha e a medicação não deve ser interrompida durante o ciclo gravídico-puerperal. Na gestação, as drogas mais utilizadas são: os Barbitúricos, a Carbamazepina e a Lamotrigina, sendo a dosagem individualizada na dependência das crises. A Difenil-Hidantoina e o Ácido Valproico não devem ser utilizados durante a gestação, pela possibilidade de aparecimento de malformações.

Recomenda-se administrar ácido fólico 5mg/dia durante os períodos pré-concepcional e gestacional.

Doenças psiquiátricas graves como psicose, depressão grave ou transtorno afetivo bipolar, que necessitam acompanhamento com especialista focal e drogadição.

### **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER**

- 1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce**
- 2. Condição clínica fetal de risco. Se sim, qual a condição e descrição de altura uterina**
- 3. Condição clínica materna de risco. Se sim, qual condição e exames realizados**
- 4. Tratamento realizado com medicação, posologia e duração.**

# PROTÓCOLO 11 – OBESIDADE MÓRBIDA (GRAU 3)

Gestantes com IMC acima de 40 que não tenham diagnóstico de outra comorbidade poderão ser encaminhadas para avaliação nutricional. O diagnóstico de sobrepeso/obesidade é feito através do cálculo:  $IMC \text{ pré-gestacional} = \frac{\text{peso pré gestacional(kg)}}{\text{altura}^2(\text{m})}$ .

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER
1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce
2. Peso e IMC da gestante
3. Condição clínica materna de risco. Se sim, qual condição e exames realizados

## Ganho de peso recomendado na gestação segundo IMC pré-gestacional

IMC pré-gestacional (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação	Imagem	Recomendação
< 18,5	Baixo peso		12,5 – 18 kg
18,5 – 24,9	Normal		11,5 – 16 kg
25 – 29,9	Sobrepeso		7 – 11,5 kg
30 – 39,9	Obesidade		5 – 9 kg
≥ 40	Obesidade mórbida (IMC ≥ 40 kg/m <sup>2</sup> )		0 – 5 kg  ou até manutenção

\* Recomendação baseada em consensos clínicos e estudos observacionais, pois o IOM não separa obesidade grau III.

IMC < 18,5	Baixo peso	12,5 – 18 kg	0 – 5 kg
18,5 – 24,9	Normal	11,5 – 16 kg	7 – 11,5 kg
30 – 39,9	Obesidade	5 – 9 kg	até manutenção

# PROTOCOLO 12 – TROMBOFILIAS

---

Trombofilia é toda alteração hereditária ou adquirida do sistema hemostático que aumenta o risco de trombose. A gravidez é considerada isoladamente uma situação de trombofilia na vida da mulher, pois aumenta o risco de tromboembolismo venoso em cinco vezes, comparado com a mulher não gestante.

## FATORES DE RISCO:

- Tromboembolismo prévio
- Tromboembolismo de repetição
- TEV na gravidez ou puerpério
- TEV na vigência do uso de anticoncepcionais orais
- TEV sem fator desencadeante
- Síndrome Antifosfolípide (SAF)

A Síndrome Antifosfolípide (SAF) apresenta sintomas que podem incluir a formação de coágulos sanguíneos nas pernas, nos braços ou nos pulmões. Abortamentos recorrentes também podem ser comuns. No geral, um quadro clínico possível apresenta:

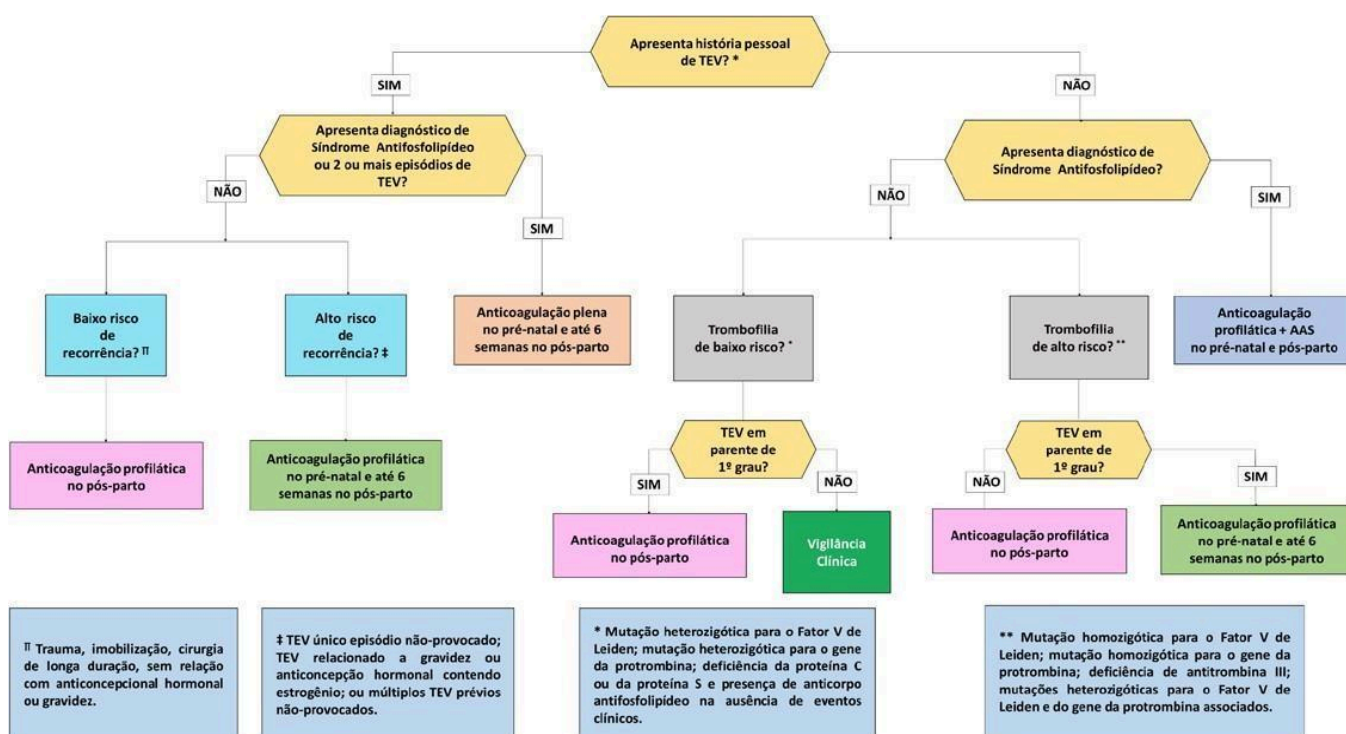
- Uma ou mais mortes inexplicadas de fetos morfologicamente normais, acima de 10 semanas
- Um ou mais partos prematuros de neonatos morfologicamente normais, anteriores à 34ª semana devido à pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, insuficiência placentária, três ou mais abortamentos espontâneos precoces consecutivos e inexplicados, sendo excluído as causas maternas anatômicas e hormonais, bem como as cromossômicas do casal.
- Anticoagulante lúpico presente no plasma\*
- Anticorpos anticardiolipina - IgG ou IgM - presentes no soro ou plasma, em médio ou alto título (> 40 GPL ou MPL)\*
- Glicoproteína I - IgG ou IgM - presentes no soro ou plasma, em títulos acima do percentil 99\*

\*Estes exames devem ser positivos em duas ou mais ocasiões, com intervalo superior a 12 semanas.

O diagnóstico de SAF é estabelecido com um dos critérios clínicos e um critério laboratorial presente. As pacientes com estas morbidades obstétrica devem ser investigadas para SAF, pois tem risco tromboembólico elevado.

Pacientes com histórico familiar de TEV ou trombofilia diagnosticada na família possuem risco aumentado e devem receber orientações para prevenção. As mesmas deverão ser investigadas de preferência no período antenatal para que haja um planejamento terapêutico adequado.

Gestantes que apresentem SAF, homozigose para Fator V Leiden, homozigose para Protrombina mutante (G2021A), deficiência de Antitrombina e presença de duas ou mais trombofilias são caracterizadas como alto-risco para TEV no pré-natal, devendo ser encaminhadas preferencialmente para o centro de referência de Pré Natal de Alto-Risco.



## ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA

**Enoxaparina sódica:** Dose única diária de 40 mg ou 60 mg, a depender do peso corporal, durante a gestação e até no máximo 6 semanas de pós-parto.

**AAS:** 100 mg, uma vez ao dia, por via oral, associado à enoxaparina sódica, nos casos de gestante com diagnóstico de SAF. O AAS pode ser suspenso, a critério médico, a partir da 36ª semana de gestação.

**Tabela 1 - Dose profilática de enoxaparina sódica por peso da gestante**

Peso Gestante	Dose profilática de enoxaparina sódica
Até 89 kg	40 mg/dia
Acima de 90 kg	60 mg/dia

## ANTICOAGULAÇÃO PLENA

A anticoagulação plena é recomendada em casos de gestante com diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV.

**Enoxaparina sódica:** dose de 60 mg ou 80 mg, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.

\*A dose de 80 mg pode ser administrada com duas seringas de 40 mg.

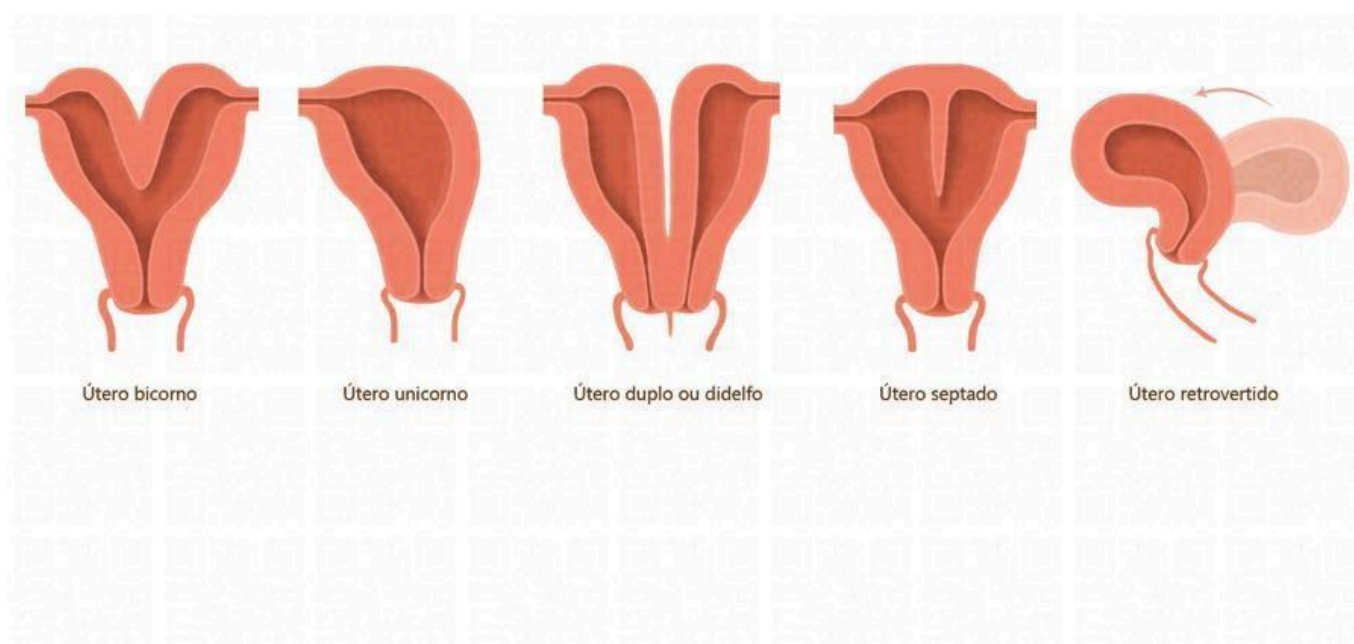
**Tabela 2 - Dose plena de enoxaparina sódica por peso da gestante**

Peso Gestante	Dose plena de enoxaparina sódica
Até 89 kg	60 mg de 12 em 12 horas
Acima de 90 kg	80 mg de 12 em 12 horas*

## PROTOCOLO 13 – ALTERAÇÕES UTERINAS

---

As malformações uterinas são anormalidades na anatomia do útero decorrentes de falhas no desenvolvimento dos genitais femininos, ainda na fase embrionária. Gestantes que apresentem útero bicornio, miomas intramurais com diâmetro >4cm, miomas múltiplos ou submucosos deverão ser encaminhadas com os exames e a descrição do caso.



# PROTOCOLO 14 – SÍFILIS

---

## Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o SAE/CTA:

- Gestantes com sífilis alérgicas à penicilina, para dessensibilização.

## Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Pronto Atendimento à Mulher – PAM:

- Gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos.

## Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco:

- Gestantes com infecção resistente, onde o título aumenta 4 vezes após o tratamento apropriado com penicilina benzatina (gestante ou parceiro),
- Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER

1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce

2. Resultado de teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) com data

3. Resultado de teste treponêmico (fta-abs ou teste rápido) com data

4. Tratamento realizado para sífilis, com descrição de medicamento e posologia

5. Se o parceiro foi adequadamente tratado, com descrição de medicamento e posologia

6. Resultado de ecografia obstétrica com data

# **PROTOCOLO 15 – CONDILOMA ACUMINADO/ VERRUGAS VIRAIS**

---

Um pequeno nódulo nos genitais causado por uma infecção sexualmente transmissível comum. É de boa prática investigar outras IST's como sífilis, HIV, Hepatite B e C, em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

## **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco:**

- Gestantes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico, como lesões obstrutivas do canal do parto, lesões extensas ou numerosas.

## **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:**

- Gestantes com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal)/ verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses.

<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER</b>
<b>1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce</b>
<b>2. Descrição da lesão com a localização, tamanho e aspecto</b>
<b>3. Tratamento realizado para condiloma/ verrugas virais, com descrição da medicação e posologia</b>

**OBS:** Profissionais que atuam em USF devem encaminhar os casos de gestantes com condiloma acuminado para avaliação do ginecologista de referência.

## **PROTOCOLO 16 – MALFORMAÇÕES FETAIS**

---

De maneira simplificada, as anomalias congênitas podem ser classificadas em leves ou graves, de acordo com sua repercussão clínica, a necessidade de intervenção cirúrgica e/ou risco à vida.

Diante de suspeita ou confirmação de malformação fetal em exame ultrassonográfico, é fundamental realizar o acolhimento do casal, com acionamento da rede de apoio para garantir suporte psicológico e emocional. Simultaneamente, deve-se realizar o encaminhamento ao serviço de medicina fetal e ao pré natal de alto risco, assegurando tempo hábil para a avaliação especializada e, quando indicado, para a realização de possíveis intervenções intrauterinas.

### **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER**

**1. Idade Gestacional – data da última menstruação ou ecografia precoce**

**2. Resultado de Ecografia Obstétrica Morfológica, com data**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

CREMESP. **Tabela CID-10**. Disponível em: <https://cremesp.org.br/?siteAcao=cid10>. Acesso em: 01 set. 2025.

MARIA CAROLINA ANDRADE MAIA GINECOLOGISTA E OBSTETRA (Sergipe) (comp.). SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO. Sergipe: Telesaúde, DESCONHECIDO. 27 slides, color. Disponível em: [https://www.saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/B\\_Sindromes-Hipertensivas-na-gesta-o-hospitalar-SES-COMITEppt-pdf.pdf](https://www.saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/B_Sindromes-Hipertensivas-na-gesta-o-hospitalar-SES-COMITEppt-pdf.pdf). Acesso em: 16 set. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Nº 4: NOTA TECNICA N04 TOXOPLASMOSE GESTACIONAL**. Maceió, 2023. 9 p. Disponível em: [https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2023/08/NOTA\\_TECNICA\\_N\\_04\\_-\\_TOXOPLASMOSE\\_GESTACIONAL2.pdf](https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2023/08/NOTA_TECNICA_N_04_-_TOXOPLASMOSE_GESTACIONAL2.pdf). Acesso em: 18 set. 2025.

DF. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas : Cpcdt/Cggs/Dgitis/Sctie/Ms. E Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Jorgiany Souza Emerick Ebeidalla – Cpcdt/Cggs/Dgitis/Sctie/Ms Sarah Nascimento Silva – Cpcdt/Cggs/Dgitis/Sctie/Ms (org.). **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA, NO ÂMBITO DO SUS**. Brasília: Ms, 2020. 24 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_prevencao\\_tromboembolismo\\_gestantes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_prevencao_tromboembolismo_gestantes.pdf). Acesso em: 22 set. 2025.

COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO) (Brasil). Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (org.). **Rastreamento, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação**. 10. ed. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N10-Outubro-2022-portugues.pdf>. Acesso em: 22 set. 2025.

Zajdenverg L, Façanha C, Dualib P, Golbert A, Moisés E, Calderon I, Mattar R, Francisco R, Negrato C, Bertoluci M. **Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-11, ISBN: 978-85-5722-906-8.

TELESSAUDERS. **Pré-Natal Obstetrícia para Alto Risco**, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais/protocolos-andrologia/>>. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. **baixo de pré-natal ao Atenção Saúde**, da Ministério (Cadernos Atenção Básica). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2025.