



## Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)

O protocolo de Obstetrícia será publicado em breve, conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave ou comorbidades maternas graves devem ter preferência no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco, quando comparado com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação

---

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

---

Elaborado em 03 de fevereiro de 2016.



## Protocolo 1 – Hipertensão em Gestantes

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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (ver quadro 1 no anexo); **ou**
- crise hipertensiva (PA sistólica  $\geq 160$  mmHg ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg).

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

- hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
  - lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou
  - uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou
  - suspeita de hipertensão secundária; ou
  - tabagismo; ou
  - idade materna  $\geq 40$  anos; ou
  - diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou
  - mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI durante a gestação).
- hipertensão gestacional:
  - diagnosticada após 20ª semana (após excluída suspeita de pré-eclâmpsia); ou
  - diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica); ou
  - em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI durante a gestação).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. diagnóstico de hipertensão prévio a gestação (sim ou não). Se não, idade gestacional no diagnóstico;
3. duas medidas de pressão arterial, com data;
4. resultado de proteinúria (microalbuminúria ou relação proteinúria /creatinúria em amostra) com data;
5. medicamentos em uso para hipertensão;
6. descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 2 – Diabetes em Gestantes

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

- diagnóstico de diabetes mellitus (estabelecido antes da gestação ou com 2 glicemias de jejum  $\geq$  126 mg/dl); **ou**
- diabetes gestacional e:
  - ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas e uso de hipoglicemiante oral; **ou**
  - gestante com hipertensão crônica.

---

O tratamento não farmacológico (orientações dietéticas e atividade física apropriada) deve ser iniciado para todas as gestantes com diabetes gestacional. Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas (glicemia capilar em jejum  $\leq$  95 mg/dl ou 2 horas após a mesma refeição  $\leq$  120 mg/dl) orienta-se iniciar tratamento farmacológico com metformina. Gestantes que persistem sem controle glicêmico após 2 semanas do uso de metformina em dose otimizada, associado à orientações dietéticas, devem ser encaminhadas para serviço de referência.

Algumas situações apresentam maior risco de falha do uso de hipoglicemiantes orais (como valores de glicemia de jejum  $\geq$  140 mg/dl ou glicemia em 2 horas  $\geq$  200 mg/dl no TTG 75g). Portanto, nessas condições, recomenda-se encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco no momento do diagnóstico, além de iniciar o tratamento não farmacológico e hipoglicemiante oral.

---

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. diagnóstico de diabetes prévio a gestação (sim ou não);
3. resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
4. descrição de tratamento farmacológico (medicamentos e posologia) e não farmacológico para diabetes;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 3 – Anemias em Gestantes

---

Não há indicação de referenciar ao serviço especializado gestantes com traço falciforme.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- anemia com sinais ou sintomas de gravidade (como dispneia, taquicardia, hipotensão).

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

- gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias; ou
- hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; ou
- hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias); ou
- hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias (sim ou não). Se sim, qual;
3. resultado de eletroforese de hemoglobina (se realizado), com data;
4. resultado de hemograma ,com data:
  - se hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl, descreva 2 hemogramas com intervalo mínimo de 60 dias;
  - se hemoglobina menor que 8 g/dl, somente necessita descrever 1 exame;
5. tratamento realizado para anemia, com medicamento, posologia e duração;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 4 – Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes

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

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou
- paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia e Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):

- diagnóstico de hipertireoidismo.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de TSH, com data;
3. resultado de T4-livre ou T4 total, com data;
4. tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 5 – Gestação com abortamento recorrente

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:

- Sinais e sintomas sugestivo de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular).

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

- Gestante com história de abortamento recorrente:
  - perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade < 35 anos; ou
  - perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade ≥ 35 anos;
- presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (ver quadro 2 no anexo); ou
- história prévia de incompetência istmo-cervical<sup>1</sup> (dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo); ou
- suspeita atual de incompetência istmo-cervical<sup>1</sup> (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. número de abortos anteriores e idade gestacional em cada;
3. outras comorbidades que aumentam risco de abortamento (sim ou não). Se sim, qual?
4. história de tromboembolismo venoso profundo prévio ou trombose arterial (sim ou não);
5. história ou suspeita de incompetência istmo-cervical (sim ou não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

---

Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado.

1 Gestante com história prévia ou suspeita atual de incompetência istmo-cervical deve iniciar progestágeno (progesterona micronizada via vaginal 100 a 200 mg/dia a partir da 16 semana de gestação) enquanto aguarda consulta em serviço especializado.

2 Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária a Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com:

- enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia **ou** heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas).

---



## Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia (Hepatites virais) ou Infectologia:

- hepatite viral aguda por vírus C (colocar no sistema eletrônico de regulação e contatar o Complexo Regulador Estadual pelo e-mail [ambulatorials@saude.rs.gov.br](mailto:ambulatorials@saude.rs.gov.br)); ou
- hepatite viral crônica por vírus C; ou
- hepatite viral crônica por vírus B.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de transaminases (TGO/TGP), com data;
3. se hepatite B: resultado de HbsAg, com data;
4. se hepatite C: anti-HCV e PCR para HCV, com data;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 7 – HIV em Gestantes

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE):

- gestante com diagnóstico de HIV/AIDS.

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

- diagnóstico de HIV /AIDS (quando SAE de referência em HIV não trata gestantes).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. tratamento com TARV atual ou prévio (sim ou não). Se sim, qual?
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.





## Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional (ver quadro 3 no anexo).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de Toxoplasmose IgG e IgM, com data;
3. resultado de avidéz ao IgG, quando indicado (ver quadro 3 no anexo), com data;
4. resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado);
5. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva a causa da imunossupressão;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

---

Gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose devem iniciar tratamento imediato enquanto aguardam consulta com serviço especializado. Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 se necessário suporte.

---



## Protocolo 9 – Condiloma acuminado / Verrugas virais em Gestantes

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

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas); ou
- gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.

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

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

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. descrição da lesão (localização, tamanho);
3. tratamento realizado para condiloma/verrugas virais (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e posologia;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

---

É de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

---



## Protocolo 10 – Sífilis em Gestantes

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência ginecológica:

- gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); ou
- gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco ou Medicina Fetal):

- gestante com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina); ou
- achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
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 (medicamento e posologia); (ver quadro 4)
5. parceiro adequadamente tratado (sim ou não). Se sim, qual medicamento e posologia?
6. resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 11 – Alterações ecográficas na Gestação

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

#### Alterações no Líquido Amniótico:

- oligodrâmnio (ILA menor que 8 cm associado a crescimento intrauterino restrito ou bolsão < 2 cm); ou
- polidrâmnio consequente à anomalia fetal;
- polidrâmnio grave (ILA maior que 35 cm ou bolsão > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em serviço de emergência obstétrica.

#### Alterações Placentárias:

- placenta prévia oclusiva total, independente da idade gestacional; ou
- placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ou
- acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia); ou
- inserção velamentosa do cordão.

#### Alterações fetais:

- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Medicina Fetal):

- fetos com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética (apresentam consequências clínicas/funcionais ou sociais, como: fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocelo/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, cardiopatia, anencefalia, etc.).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de ecografia obstétrica, com data;
3. presença de comorbidades maternas (sim ou não). Se sim, qual?
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 12 – Isoimunização Rh

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

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

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. resultado de tipagem sanguínea e fator Rh;
3. resultado de coombs indireto, com data;
4. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Protocolo 13 – Condições clínicas de risco à gestação atual

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

#### Condições fetais

- gemelaridade; ou
- suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível.

#### Condições maternas

- infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; ou
- pneumopatias graves; ou
- nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite); ou
- doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); ou
- doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia); ou
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras colagenoses); ou
- deformidade esquelética materna grave; ou
- desnutrição ou obesidade mórbida; ou
- diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); ou
- suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); ou
- tromboembolismo venoso prévio<sup>1</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria:

- doenças psiquiátricas graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. condição clínica fetal de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e descreva altura uterina;
3. condição clínica materna de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e exames realizados (quando necessário);
4. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

---

1. Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde, enquanto aguarda consulta com serviço especializado, com: enoxaparina 40 mg subcutâneo, 1 vez ao dia ou heparina não-fractionada 5000 ui subcutâneo, 2 vezes ao dia (a cada 12 horas). Ligar para TelessaúdeRS 08006446543 para suporte enquanto aguarda consulta no serviço especializado.

---



## Protocolo 14 – Condições clínicas de risco em gestação prévia

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

#### Condições fetais

- história de óbito fetal no 3º trimestre.

#### Condições maternas

- mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação); ou
- acretismo placentário em gestação anterior; ou
- história de parto prematuro com menos de 34 semanas; ou
- cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional;
2. condição clínica materna ou fetal de risco em gestação prévia (sim ou não). Se sim, descreva condição;
3. resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



## Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 120, n. 4, p. 964-973, 2012.

AUGUST, P.; SIBAI, B. M. **Preeclampsia**: clinical features and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

BACINO, C. A. **Approach to congenital malformations**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-congenital-malformations>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BAUER, K. A. **Use of anticoagulants during pregnancy and postpartum**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/use-of-anticoagulants-during-pregnancy-and-postpartum>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

BERGHELLA, V. **Cervical insufficiency**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cervical-insufficiency>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BERGHELLA, V. **Second trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/second-trimester-evaluation-of-cervical-length-for-prediction-of-spontaneous-preterm-birth>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). 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: 25 nov. 2015.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. Prevention of preterm labor and preterm birth [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2013. Acesso via portal periódicos (saude.gov.br). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>>.

FREITAS, F. M. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Antenatal care**: routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE, 2008. (NICE Clinical Guideline 62). Disponível em: <<http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/CG062NICEguideline.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

NORWITZ, E. R. Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-birth>>. Acesso em: 23 ago. 2015.





RESNIK, R. **Clinical features and diagnosis of the morbidly adherent placenta (placenta accreta, increta, and percreta)**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-the-morbidly-adherent-placenta-placenta-accreta-increta-and-percreta>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SCHWARTZ, D. R. **Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: prevention**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/deep-vein-thrombosis-and-pulmonary-embolism-in-pregnancy-treatment>>. Acesso em: 20 ago. 2015.



## Anexos

### Quadro 1 – Suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia

<b>Pré-eclâmpsia</b>
Hipertensão arterial (PAS $\geq$ 140 mmHg ou PAD $\geq$ 90 mmHg) detectada após 20ª semana gestacional associada a : <ul style="list-style-type: none"><li>- proteinúria (relação proteinúria/creatinúria <math>\geq</math> 0,3 ou fita reagente <math>\geq</math> 1+); e/ou</li><li>- sintomas premonitórios (qualquer um dos sintomas):<ul style="list-style-type: none"><li>o cefaleia persistente ou grave,</li><li>o anormalidades visuais (visão turva, escotoma, fotofobia),</li><li>o dor abdominal ou epigástrica,</li><li>o náusea e vômito,</li><li>o dispneia, dor retroesternal,</li><li>o confusão mental.</li></ul></li></ul>
<b>Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Crônica</b> Hipertensão arterial identificada antes da 20ª semana gestacional associada a: <ul style="list-style-type: none"><li>- piora de proteinúria ou do controle pressórico; e/ou</li><li>- sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.</li></ul>
<b>Eclâmpsia</b> Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia.

Fonte: TelessaúdeRS adaptado de Duncan et. al (2013) e August (2015).

### Quadro 2 – Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (pelo menos um dos critérios clínicos).

<b>Trombose vascular:</b> - um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial.
<b>Morbidade obstétrica:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>a) uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfológicamente normais a partir da 10ª semana de gestação.</li><li>b) um ou mais nascimentos prematuros ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave.</li><li>c) três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída.</li></ul>

Fonte: TelessaúdeRS adaptado de Freitas et. al (2011).



Quadro 3 – Sorologia: situação e interpretação

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	
	IgG	IgM		
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação.	<b>Teste de avidéz na mesma amostra.</b> <b>Avidéz forte:</b> infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. <b>Avidéz fraca:</b> possibilidade de infecção adquirida na gestação. Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologia em 03 semanas. <b>IgG positiva: confirma infecção. Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.</b>
Primeira sorologia após o 1º trimestre	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação.	<b>Teste de avidéz na mesma amostra.</b> Avidéz não permite excluir infecção atual, auxilia no prognóstico. <b>Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.</b>
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologia em 03 semanas. <b>IgG positiva: confirma infecção. Encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.</b>
Amostras subsequentes na gestante inicialmente com IgG - / IgM -	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com infecção passada.	
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	
	Positiva	Positiva	Infecção durante a gestação. Encaminhar ao Alto Risco.	
	Negativa	Positiva	Suspeita de Infecção na gestação ou IgM falso positivo.	Repita sorologia em 03 semanas. <b>IgG positiva: confirma infecção. Encaminhar ao Alto Risco.</b>

Fonte: TelessaúdeRS adaptado de Brasil (2012). Pré-Natal de baixo risco. (Caderno de Atenção Básica 32).



**Quadro 4 - Tratamento da sífilis na gestação:**

- Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.
- Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano): Penicilina Benzatina 4,8 milhões UI, IM, 2 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias.
- Sífilis terciária ou latente tardia (> 1 ano ou tempo desconhecido): Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI, IM, 3 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias entre cada dose.

Fonte: Brasil (2012). Pré-Natal de baixo risco. (Caderno de Atenção Básica 32).



Organizadores:

Erno Harzheim  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz

Autores:

Cristiano Salazar  
Edimarlei Valério  
Eduardo Passos  
Elisa Eichenberg Furasté  
Elise Boteselle de Oliveira  
Ellen Machado Arlindo  
Erno Harzheim  
Eunice Chaves  
Janete Vetorazzi  
Maria Lúcia Oppermann  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz  
Sérgio Martins Costa  
Rudi Roman

Designer:

Luiz Felipe Telles

Revisão:

Ana Célia da Silva Siqueira  
Complexo Regulador Estadual – SES/RS  
Letícia Felipak dos Passos Martins  
Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2015  
Porto Alegre – RS.