

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Obstetrícia

(Pré-Natal de Alto Risco)

Versão Digital

2023

<p><i>Supervisão geral:</i> Arita Bergmann</p> <p><i>Coordenação:</i> Roberto Nunes Umpierre Natan Katz</p> <p><i>Coordenação científica:</i> Marcelo Rodrigues Gonçalves</p> <p><i>Organização e Edição:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Luíza Emília Bezerra de Medeiros Rudi Roman</p> <p><i>Autores:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Carlos André Aita Schmitz Carolina da Fonte Pithan Dimitris Rucks Varvaki Rados Elisa Eichenberg Furasté Elise Botteselle de Oliveira Ellen Machado Arlindo Jerônimo De Conto Oliveira Justino Afonso Cuadros Noble Luíza Emília Bezerra de Medeiros Milena Rodrigues Agostinho Rech Natan Katz Rodolfo Souza da Silva Rudi Roman Talita Colombo</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre Cristiano Salazar Edimárlei Valério Eduardo Passos Eunice Chaves Janete Vettorazzi Maria Lúcia Oppermann Sérgio Martins Costa</p> <p>Serviço de Medicina Fetal do Hospital Santa Casa de Misericórdia Marcelo Brandão da Silva</p> <p><i>Colaboração:</i> Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS Camila Finger Viecelli Laura Sarti de Oliveira Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde - SES/RS Paulo Sergio Da Silva Mario</p> <p><i>Normalização:</i> Bruna Rodrigues da Silva Letícia Pereira de Souza</p> <p><i>Projeto gráfico, design e capa:</i> Débora Renata de Moura Ramos Gyziane Souza da Silva Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p> <p><i>Diagramação:</i> Camille Luiza da Silva Borges</p>
--	---

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial – Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco):** versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 de fevereiro de 2016 [atual. 5 jul. 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/materiais-protocolos/>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2023.
Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: OBSTETRÍCIA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO).....	3
Mudanças da nova versão.....	4
Protocolo 1 – Hipertensão em Gestantes.....	5
Protocolo 2 – Diabetes em Gestantes.....	6
Protocolo 3 – Anemias em Gestantes.....	7
Protocolo 4 – Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes.....	8
Protocolo 5 – Gestação com Abortamento Recorrente ou Risco de Prematuridade.....	9
Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes.....	10
Protocolo 7 – HIV em Gestantes.....	11
Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes.....	12
Protocolo 9 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso em Gestantes.....	13
Protocolo 10 – Sífilis em Gestantes.....	14
Protocolo 11 – Alterações Ecográficas na Gestação.....	15
Protocolo 12 – Isoimunização Rh.....	17
Protocolo 13 – Condições Clínicas de Risco à Gestação Atual.....	18
Protocolo 14 – Condições Clínicas de Risco em Gestação Prévia.....	20
Protocolo 15 – Trombocitopenia na Gestação.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES – QUADROS AUXILIARES.....	27

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)

O protocolo de Obstetrícia foi publicado como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco). 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, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e para tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pela paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

As condições descritas neste protocolo foram divididas conforme graus de complexidade, em Ambulatório de Gestação de Alto Risco tipo I ou tipo II (AGAR – I ou II), de acordo com a resolução CIB/RS 203/2012.

Pacientes com suspeita de acretismo placentário, história de tromboembolismo prévio, hipertireoidismo, anemia grave, diabetes prévio à gestação, pré-eclâmpsia atual (após avaliação em emergência) ou histórico de pré-eclâmpsia em gestações anteriores, histórico ou incompetência istmo-cervical atual ou outras 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 a 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 em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 3 de fevereiro de 2016.

Última revisão em 5 de julho de 2023.

Mudanças da nova versão

- Em todos os protocolos houve a atualização das condições que indicam encaminhamento para Obstetrícia de acordo com a complexidade dos casos e distribuição nos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco disponíveis na Rede de Atenção à Saúde do Rio Grande do Sul.
- No Protocolo 3 – Anemias em Gestantes:
 - atualização da indicação de encaminhamento em gestantes com anemia ferropriva e especificação da definição de tratamento clínico otimizado nesses casos.
- No Protocolo 5 – Gestação com Abortamento Recorrente ou Risco de Prematuridade:
 - atualização das condições que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/Emergência Ginecológica;
 - atualização dos sinais de suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical;
 - atualização do quadro auxiliar com sinais de suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo.
- No Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes:
 - atualização dos quadros auxiliares com critérios para suspeita ou diagnóstico de cirrose.
- No Protocolo 7 – HIV em Gestantes:
 - modificação do texto introdutório após a possibilidade de uso de dolutegravir na gestação.
- No Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes:
 - atualização do quadro auxiliar com interpretação e conduta de testes sorológicos para diagnóstico de toxoplasmose na gestação.
- No Protocolo 9 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso em Gestantes:
 - atualização dos critérios de encaminhamento, incluindo a possibilidade de encaminhamento por molusco;
 - inclusão de quadros auxiliares para o tratamento dessas condições em gestantes.
- No Protocolo 10 – Sífilis em Gestantes:
 - inclusão de quadros auxiliares (Critérios para definição de caso de sífilis gestacional; Conduta sugerida em caso de alergia à penicilina em gestantes diagnosticadas com sífilis; Indicação de punção líquórica em gestantes com sífilis; e Alterações ecográficas fetais sugestivas de sífilis congênita.).
- No Protocolo 11 – Alterações Ecográficas na Gestação:
 - atualização das condições que indicam encaminhamento especializado.
 - inclusão do quadro 22 – Patologias cardíacas e não cardíacas com repercussões hemodinâmicas com indicação de encaminhamento para ambulatório de Medicina Fetal de acordo com a complexidade.
- No Protocolo 12 – Isoimunização Rh:
 - atualização das condições que indicam encaminhamento especializado;
 - inclusão de quadro auxiliar com as alterações ecográficas decorrentes da anemia fetal.
- No Protocolo 13 – Condições Clínicas de Risco à Gestação Atual:
 - atualização das condições que indicam encaminhamento especializado.

Protocolo 1 – Hipertensão em Gestantes

Considerar Hipertensão Arterial Sistêmica em gestantes: pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, quando medida de maneira adequada, em pelo menos duas ocasiões.

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

- suspeita de pré-eclâmpsia ([quadro 1](#));
- crise hipertensiva (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestão de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

- hipertensão gestacional atual (diagnóstico após 20ª semana), após exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia;
- hipertensão gestacional em gestação anterior, sem histórico de mau antecedente obstétrico e/ou perinatal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestão de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
 - lesão em órgão-alvo (presença de proteinúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou
 - hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência; ou
 - hipertensão leve a moderada (PA sistólica ≥ 140 a 159 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 a 109 mmHg) com uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou
 - suspeita de hipertensão secundária; ou
 - tabagismo; ou
 - idade materna ≥ 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 ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras); ou
 - sinais de insuficiência placentária (oligodidrânio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência de artérias uterinas).
- diagnóstico de pré-eclâmpsia, após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica;
- hipertensão gestacional em gestação anterior, com histórico de mau antecedente obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, entre outras).

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 (sim ou não). Se não, idade gestacional no diagnóstico;
3. duas medidas de pressão arterial, com data;
4. resultado de proteinúria (proteinúria de 24 horas ou relação proteinúria /creatininúria em amostra) com data;
5. medicamentos em uso para hipertensão;
6. descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes;
7. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Diabetes em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

- diabetes mellitus na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com critérios para o diagnóstico de diabetes fora da gestação – [quadro 2](#)) e:
 - ausência de lesão em órgão alvo; e
 - sem indicação de insulina; e
 - crescimento fetal adequado (circunferência abdominal fetal abaixo do percentil 75);
- diabetes mellitus gestacional¹ ([quadro 2](#)) e necessidade de tratamento farmacológico com hipoglicemiante oral para obter controle glicêmico adequado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- diabetes mellitus na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com critérios para o diagnóstico de diabetes fora da gestação – [quadro 2](#)) e:
 - lesão em órgão alvo; ou
 - uso de insulina; ou
 - gestante com hipertensão (crônica ou gestacional); ou
 - crescimento fetal excessivo (circunferência abdominal fetal \geq percentil 75);
- diabetes mellitus gestacional¹ ([quadro 2](#)) e:
 - uso de insulina; ou
 - gestante com hipertensão (crônica ou gestacional);
 - crescimento fetal excessivo (circunferência abdominal fetal \geq percentil 75).

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 (sim ou não). Se sim, descreva o tipo (DM 1 ou DM 2);
3. resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
4. se diabetes gestacional, descrição de controle glicêmico após 2 semanas do tratamento não farmacológico;
5. descrição de tratamento farmacológico (medicamentos e posologia) e não farmacológico para diabetes;
6. diagnóstico de hipertensão crônica ou gestacional (sim ou não). Se sim, informar quando foi o diagnóstico;
7. anexar laudo(s) de ecografia(s) obstétrica(s), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus achados, evidenciando percentil de peso e de circunferência abdominal fetal, com data;
8. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹O tratamento não farmacológico (orientações dietéticas e atividade física apropriada) deve ser iniciado em todas as gestantes com diabetes gestacional. Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas (glicemia capilar em jejum < 95 mg/dL ou 2 horas após a refeição < 120 mg/dL) orienta-se iniciar tratamento farmacológico e encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.

Protocolo 3 – Anemias em Gestantes

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

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

- anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica;
- doença falciforme com crise algica ou outros sinais de gravidade;
- presença de citopenias concomitantes com critérios de gravidade ([quadro 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

- hemoglobina ≥ 8 g/dL e < 11 g/dL sem melhora após 1 mês de tratamento otimizado¹;
- hemoglobina < 10 g/dL em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- suspeita ou diagnóstico de anemia falciforme ou de outras hemoglobinopatias ([quadro 4](#));
- suspeita ou diagnóstico de outras anemias hemolíticas ([quadro 5](#));
- hemoglobina < 8 g/dL sem sinais ou sintomas de gravidade.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
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 completo (descrever hematoscopia, se presente) e número de plaquetas com data, e de outros exames para investigação da anemia, se realizados;
5. tratamento realizado para anemia, com medicamento, posologia e duração;
6. informação sobre cirurgia bariátrica e ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição);
7. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado em casos de anemia ferropriva é definido como reposição de 200 mg/dia de ferro elementar, administrado preferencialmente uma hora antes das refeições. Confirmar adesão ao tratamento. A investigação e tratamento de parasitoses, se presentes, são importantes no controle da anemia.

Protocolo 4 – Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes

A triagem universal de gestantes assintomáticas para doenças da tireoide não é recomendada. O TSH deve ser solicitado para pacientes com suspeita clínica, com diabetes mellitus tipo 1 ou com história pessoal ou familiar de disfunção tireoidiana. Os valores de referência para o TSH na gestação, na falta de referências do laboratório, estão disponíveis no [quadro 6](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

- pacientes com suspeita de tireotoxicose gestacional, na indisponibilidade de exame de anticorpo TRAb;
- paciente com hipotireoidismo primário, usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, sem controle adequado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia e Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- diagnóstico de hipertireoidismo franco, afastada tireotoxicose gestacional transitória¹ (diagnóstico diferencial no [quadro 7](#));
- diagnóstico de hipertireoidismo subclínico, afastada tireotoxicose gestacional transitória¹ (diagnóstico diferencial no [quadro 7](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. diagnóstico de doença tireóidea prévia à gestação (sim ou não);
3. resultado de TSH, com data;
4. resultado de T4 livre ou T4 total, com data;
5. tratamento em uso para a condição² (medicamentos com posologia);
6. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Não há necessidade de encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco por tireotoxicose gestacional transitória. Quando TRAb não estiver disponível na APS, encaminhar para diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e hipertireoidismo subclínico.

²Gestantes com hipertireoidismo devem iniciar tratamento na APS, enquanto aguardam o encaminhamento para a atenção especializada. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543, caso seja necessário auxílio com o tratamento.

Protocolo 5 – Gestação com Abortamento Recorrente ou Risco de Prematuridade

Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS, pelo canal 0800 644 6543, caso seja necessário suporte para: avaliar início de progesterona em gestante com história prévia de nascimento pré-termo; suspeita de incompetência istmo-cervical (encaminhamento para cerclagem, preferencialmente entre 12 e 14 semanas); ou início de tratamento profilático em gestante com história prévia de tromboembolismo venoso, enquanto a paciente aguarda consulta no serviço especializado.

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

- sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado à dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares no exame especular);
- suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
- dilatação do orifício cervical interno (≥ 1 cm), constatada no exame físico no segundo trimestre.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

- história de abortamento recorrente:
 - perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações, documentadas por ecografia ou exame histopatológico;
- suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo ([quadro 8](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical:
 - diagnóstico de colo curto em gestante assintomática (comprimento cervical determinado por ecografia transvaginal inferior a 2,5 cm, antes de 24 semanas, em mulher com história de parto prematuro prévio); ou
 - perda espontânea de uma ou mais gestações no segundo trimestre ou nascimento espontâneo de pré-termo extremo (abaixo de 28 semanas); ou
 - dilatação do orifício cervical interno (≥ 1 cm), constatada no exame físico no segundo trimestre, na ausência de contrações, após avaliação no centro obstétrico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. número de abortos anteriores e idade gestacional em cada;
3. outras comorbidades que aumentam risco de abortamento (sim ou não). Se sim, descreva;
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. anexar laudo de ecografia transvaginal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
7. número da teleconsulta, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes

A infecção por hepatite B e por hepatite C são doenças de notificação compulsória.

Atentar para fluxos regionais específicos dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em hepatites. Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para Gastroenterologia.

Gestante com hepatite B, sem suspeita ou diagnóstico de cirrose, não necessita acompanhamento em Pré-Natal de Alto Risco, porém deve ter prioridade no encaminhamento ao SAE ou Infectologia, em razão de terapia profilática para transmissão vertical. O recém-nascido deve receber imunoglobulina para hepatite B (HBIG) no nascimento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado (SAE) ou Infectologia (quando o SAE de referência não tratar essas condições):

- gestante com hepatite B diagnosticada por positividade de HBsAg ou teste rápido para hepatite B;
- gestante com hepatite C confirmada por carga viral do vírus C.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia e para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- gestante com hepatite crônica por vírus B (HBV) ([quadro 9](#)) e suspeita ou diagnóstico de cirrose ([quadro 10](#), [quadro 11](#) e [quadro 12](#));
- gestante com hepatite crônica por vírus C (HCV) e suspeita ou diagnóstico de cirrose ([quadro 10](#), [quadro 11](#) e [quadro 12](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. hepatite B: resultado de HBsAg ou teste rápido, com data; HBeAg¹ e carga viral do HBV¹, com data (se realizados);
3. hepatite C: anti-HCV ou teste rápido e carga viral do HCV, com data;
4. resultado de transaminases (AST/TGO e ALT/TGP), com data;
5. número da teleconsulta, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A ausência ou indisponibilidade dos exames não deve retardar o encaminhamento. Se disponíveis, os resultados podem ser adicionados, de forma complementar, ao encaminhamento em curso.

Atenção: é recomendado investigar outras IST. Oferecer testagem para HIV, sífilis e HCV ou HBV no momento do diagnóstico. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 7 – HIV em Gestantes

A infecção pelo HIV é uma doença de notificação compulsória. Toda gestante vivendo com HIV (GVHIV) deve ser notificada a cada gestação, mesmo que já tenha notificação de HIV ou aids prévia.

Atentar para fluxos regionais específicos dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/aids.

A terapia antirretroviral (TARV) poderá ser iniciada na gestante logo após a coleta dos exames, antes mesmo dos resultados de LT-CD4+, CV-HIV e genotipagem (principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal), com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543, caso seja necessário auxílio com o tratamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE):

- gestante vivendo com HIV/aids (cuidado compartilhado entre atenção primária e SAE).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

- gestante vivendo com HIV/aids (somente se SAE de referência não trata gestantes).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. tratamento com TARV atual ou prévio (sim ou não). Se sim, descrever o esquema atual e citar a data de início;
3. anexar laudo de exames complementares (carga viral e CD4)¹, preferencialmente, ou descrever os resultados, com data;
4. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A ausência ou indisponibilidade dos exames não deve retardar o encaminhamento. Se disponíveis, os resultados podem ser adicionados, de forma complementar, ao encaminhamento em curso.

Atenção: é recomendado investigar outras IST em pessoas vivendo com HIV. Oferecer testagem para sífilis e hepatites B e C no momento do diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes

Toxoplasmose gestacional e congênita são doenças de notificação compulsória.

Gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose devem iniciar tratamento imediato enquanto aguardam consulta com serviço especializado. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543, caso seja necessário auxílio com o tratamento.

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestão de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose na gestação ([quadro 13](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. resultado de sorologia para toxoplasmose IgG e IgM, com data;
3. resultado de avidéz ao IgG, se indicado e disponível, com data;
4. anexar laudo de ecografia obstétrica, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus achados, com data (se realizada);
5. descrição de tratamento atual e já realizado para toxoplasmose (incluindo tempo de uso);
6. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva a causa da imunossupressão;
7. número da teleconsulta, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestão de Alto Risco Tipo I (AGAR – I) ou Dermatologia:

- gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal), verrugas virais (em outras localizações) ou molusco contagioso refratárias ao tratamento na APS ([quadro 14](#), [quadro 15](#) e [quadro 16](#)) por 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestão de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- gestante com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²);
- gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- gestante com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou muito numerosas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. descrição da lesão (localização, tamanho, número);
3. tratamento realizado para condiloma/verrugas virais (sim ou não). Se sim, descreva medicamento, posologia e tempo de uso;
4. número da teleconsulta, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é recomendado investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 10 – Sífilis em Gestantes

A sífilis é uma doença de notificação compulsória em todas as suas apresentações clínicas. Os critérios para definição de caso de sífilis gestacional estão descritos no [quadro 17](#).

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

- gestante com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização – [quadro 18](#));
- gestante com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos agudos/subagudos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

- gestante com falha ao tratamento ou suspeita de neurosífilis assintomática ([quadro 19](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita ([quadro 20](#)).

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 (medicamento, posologia e datas de aplicação do tratamento);
5. parcerias sexuais adequadamente tratadas (sim ou não). Se sim, descreva o medicamento, posologia e datas de aplicação do tratamento;
6. anexar laudo de ecografia obstétrica, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus achados, com data (se realizado);
7. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é recomendado investigar outras IST. Oferecer testagem para HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 11 – Alterações Ecográficas na Gestação

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

- oligodrâmnio (ILA \leq 5 cm ou bolsão $<$ 2 cm), para avaliação de bem-estar fetal;
- polidrâmnio (ILA \geq 24 cm ou bolsão \geq 8 cm) sintomático (dor, dispneia);
- placenta prévia com sangramento;
- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), para avaliação de bem-estar fetal;
- alterações fetais graves como ascite, hidropisia, derrame pericárdico, para avaliação de bem-estar fetal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

Alterações no líquido amniótico:

- oligodrâmnio (ILA \leq 5 cm ou bolsão $<$ 2 cm), após avaliação em emergência obstétrica;
- polidrâmnio (ILA \geq 24 cm ou bolsão \geq 8 cm), após avaliação em emergência obstétrica, se necessário.

Alterações fetais:

- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), após avaliação em emergência obstétrica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

Alterações placentárias:

- placenta prévia, independentemente da idade gestacional;
- placenta de inserção baixa (distanto \leq 2 cm do orifício cervical interno) em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação;
- acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre cicatriz de cesariana prévia);
- síndrome da banda amniótica ou identificação de banda amniótica em ecografia.

Alterações fetais:

- alterações graves como ascite, hidropisia e derrame pericárdico, após avaliação em emergência obstétrica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Medicina Fetal:

- evidência ecográfica de fetos com malformações congênitas maiores não cardíacas ([quadro 21](#)) ou sugestivas de prováveis doenças genéticas (como microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise);
- evidência ecográfica de fetos com cardiopatias congênitas ([quadro 22](#));
- ecografia obstétrica realizada entre 11 e 13+6 semanas, com translucência nucal acima do percentil 95 para idade gestacional, conforme o comprimento cabeça-nádega ([quadro 23](#));
- ecografia obstétrica com outros marcadores que indiquem risco elevado para cromossomopatia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. anexar laudo(s) de ecografia(s) obstétrica(s), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus achados, com data;
3. presença de comorbidades maternas (sim ou não). Se sim, descreva quais;
4. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 12 – Isoimunização Rh

Se a gestante for Rh negativa, deve-se pedir o teste de Coombs indireto na primeira consulta ou assim que possível, a fim de identificar sensibilização prévia. Se for negativo, deve-se repeti-lo mensalmente, a partir das 24 semanas de gestação. Todas as mulheres Rh negativas devem fazer o teste de Coombs indireto, independente da tipagem sanguínea e fator Rh do parceiro.

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

- isoimunização Rh ou por anticorpos irregulares, com feto apresentando achados ecográficos de anemia ([quadro 24](#)), para avaliação de bem-estar fetal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- gestante com diagnóstico de isoimunização Rh ou por anticorpos irregulares (anti-Kell ou outros) em gestação anterior;
- gestante com Coombs indireto positivo, em qualquer título;
- gestante com feto apresentando achados ecográficos de anemia, após avaliação em emergência obstétrica ([quadro 24](#)).

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 (se realizado), com data;
5. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 13 – Condições Clínicas de Risco à Gestação Atual

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

Condições fetais

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

Condições maternas¹

- tromboembolismo venoso prévio²;
- histórico de cirurgia bariátrica com deficiência nutricional atual;
- gestante com 3 ou mais cesarianas prévias.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

Condições fetais

- gemelaridade monocoriônica e/ou monoamniótica.

Condições maternas¹

- infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves;
- pneumopatias graves;
- nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite);
- doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática);
- doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular encefálico prévio, paraplegia/tetraplegia);
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras collagenoses);
- anormalidades uterinas congênitas (como útero bicorno, septado, didelfo);
- anormalidades uterinas adquiridas (grandes miomas de segmento anterior; miomas de localização retroplacentária; miomas volumosos ou múltiplos, que causem distorção da cavidade uterina; mioma com história de perdas gestacionais, cirurgia uterina prévia como miomectomia, conização, ablação endometrial, correção de anomalias uterinas ou sinéquias);
- deformidade esquelética materna grave;
- desnutrição ou obesidade grau III (IMC maior que 40 kg/m²);
- cirurgia bariátrica prévia até 1 ano antes da gestação;
- diagnóstico de neoplasia maligna atual ou no ano anterior à gestação (com exceção de neoplasia de pele não melanoma);
- suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

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

¹Condições maternas com indicação de encaminhamento à especialidade focal em outros protocolos devem seguir acompanhamento em Pré-Natal de Alto Risco e com especialidade focal.

²Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) devem iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde. Entrar em contato com TelessaúdeRS pelo canal 0800 644 6543 para suporte clínico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
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. anexar laudo de ecografia obstétrica, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 14 – Condições Clínicas de Risco em Gestação Prévia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo I (AGAR – I):

Condições fetais

- história prévia de conceptos com malformações congênitas maiores ([quadro 21](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

Condições fetais

- história prévia de conceptos com doenças raras (como cromossomopatias, erro inato de metabolismo, entre outras).

Condições maternas

- mau antecedente obstétrico (síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, hemorragia em parto anterior, entre outros);
- história de óbito fetal no 3º trimestre;
- acretismo placentário em gestação anterior;
- história de parto prematuro com menos de 34 semanas;
- cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. condição clínica materna ou fetal de risco em gestação prévia (sim ou não). Se sim, descreva a condição;
3. anexar laudo de ecografia obstétrica, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 15 – Trombocitopenia na Gestação

Trombocitopenia gestacional é a causa mais comum de plaquetopenia durante a gestação. Aparece principalmente no terceiro trimestre, é assintomática e a contagem de plaquetas geralmente é acima de 100 mil. Trombocitopenia gestacional não aumenta o risco de desfechos desfavoráveis para mãe ou feto, nem o risco de sangramento durante o parto.

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

- qualquer manifestação hemorrágica;
- trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil/mm³;
- citopenias com critérios de gravidade (ver [quadro 3](#) no apêndice);
- trombocitopenia associada a:
 - aumento da pressão arterial (PA sistólica ≥ 140 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 mmHg);
 - presença de anemia hemolítica;
 - elevação de transaminases ou provas de função hepática;
 - perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestação de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- trombocitopenia com contagem plaquetária < 100 mil/mm³, em qualquer trimestre da gestação - suspeita de outras causas que não trombocitopenia gestacional (ver avaliação inicial no [quadro 25](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. resultado de hemograma com plaquetas, com data;
3. sinais e sintomas;
5. medicamentos de uso contínuo;
6. história pessoal ou familiar de sangramento excessivo, púrpura trombocitopênica imune ou outra doença autoimune (sim ou não). Se sim, descreva;
7. história de doença hepática (sim ou não). Se sim, descreva;
8. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

ALEXANDER, E. K. *et al.* 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum. **Thyroid**, New York, v. 27, n. 3, p. 315-389, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28056690/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin n° 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 123, p. 372-9, 2014. DOI: 10.1097/01.AOG.0000443276.68274.cc. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24451674/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Chronic Hypertension in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin n° 203. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 133, n. 6, p. e26-e50, 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575676/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin n° 222. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 135, n. 6, p. e237-e260, 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003891. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443079/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin n° 234. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 138, n. 2, p. e65-e90, 2021. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004479. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293771/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

AUERBACH, M.; LANDY, H. J. **Anemia in pregnancy**. Waltham (MA): UpToDate, 11 out. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anemia-in-pregnancy>. Acesso em: 6 dez. 2022.

AUGUST, P.; SIBAI, B. M. **Preeclampsia: Clinical features and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 29 ago. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BACINO, C. A. **Birth defects: Approach to evaluation**. Waltham (MA): UpToDate, 16 jul. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/birth-defects-approach-to-evaluation>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BARCELLINI, W. **Diagnosis of hemolytic anemia in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 8 jul. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hemolytic-anemia-in-adults>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BAUER, K. A. **Use of anticoagulants during pregnancy and postpartum**. Waltham (MA): UpToDate, 22 nov. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/use-of-anticoagulants-during-pregnancy-and-postpartum>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BERGHELLA, V. **Cervical insufficiency**. Waltham (MA): UpToDate, 4 jan. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-insufficiency>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BERGHELLA, V. **Short cervix before 24 weeks: Screening and management in singleton pregnancies**. Waltham (MA): UpToDate, 7 jun. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/short-cervix-before-24-weeks-screening-and-management-in-singleton-pregnancies>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BODAMER, O. A. **Amniotic band sequence**. Waltham (MA): UpToDate, 28 fev. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/amniotic-band-sequence>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, 32. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 6 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. p. 27-28, 59-60, 76-77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 6 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 02-SEI/2017: DIAHV/SVS/MS**. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 out. 2017. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/01/nota_informativa_sifilis.pdf. Acesso em: 6 dez. 2022.

BROMLEY, B. **Sonographic findings associated with fetal aneuploidy**. Waltham (MA): UpToDate, 11 out. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/sonographic-findings-associated-with-fetal-aneuploidy>. Acesso em: 6 dez. 2022.

CARUSI, D. A. **Condylomata acuminata (anogenital warts)**: Treatment of vulvar and vaginal warts. Waltham (MA): UpToDate, 6 set. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-treatment-of-vulvar-and-vaginal-warts>. Acesso em: 6 dez. 2022.

CINES, D. B.; LEVINE, L. D. Thrombocytopenia in pregnancy. **Blood.**, New York, v. 130, n. 21, p. 2271-2277, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5701522/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

CRUZ, H. M. *et al.* Evaluating HBsAg rapid test performance for different biological samples from low and high infection rate settings & populations. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 15, p. 548, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4665901/>. Acesso em: 6 dez. 2022.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Obstetrícia de Williams**. 25. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2018.

DUNCAN, B. B. *et al* (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

DYNAMED. **Hypertensive disorders of pregnancy**. Ipswich (MA): EBSCO, 26 out. 2022. Disponível em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116522>. Acesso em: 25 nov. 2021.

DYNAMED. **Prevention of preterm labor and preterm birth**. Ipswich (MA): EBSCO, 25 set. 2022. Disponível em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T900646>. Acesso em: 6 dez. 2022.

- DYNAMED. **Cervical Insufficiency**. Ipswich (MA): EBSCO, 11 abr. 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1573145422028>. Acesso em: 25 nov. 2021. FONSECA, E. B.; SÁ, R. A. M. **Medicina Fetal**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- FORTI, A. C.; PIRES, A. C.; PITTITO, B. A.; GERCHMAN, F.; OLIVEIRA, J. E. P., ZAJDENVERG, L.; *et al.* (Org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Clannad, 2019.
- GEORGE, J. N.; MCINTOSH, J. J. **Thrombocytopenia in pregnancy**. Waltham (MA): UpToDate, 1 nov. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/thrombocytopenia-in-pregnancy>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- GOLDBERG, E.; CHOPRA, S. **Cirrhosis in adults: overview of complications, general management, and prognosis**. Waltham (MA): UpToDate, 13 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis>. Acesso em: 28 out 2022.
- GOLDSTEIN, E. J. C.; MONTOYA, J. G.; REMINGTON, J. S. Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 47, n. 4, p. 554-566, 2008.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2.
- JAUNIAUX, E.; *et al.* Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management: Green-top Guideline nº 27a. **BJOG**, v. 126, n. 1, p. 1-48, jan. 2019. DOI: 10.1111/1471-0528.15306. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.15306>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- LEONARD, S. A.; *et al.* Obstetric Comorbidity Scoring System for Predicting Severe Maternal Morbidity. **Obstetrics & Gynecology**, v. 136, n. 3, p. 440-449, set. 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32769656/>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- LOCKWOOD, C. J. **Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment**. Waltham (MA): UpToDate, 23 set. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment>. Acesso em: 28 nov. 2022.
- LOCKWOOD, C. J.; LOCKSHIN, M. D. **Antiphospholipid syndrome: obstetric implications and management in pregnancy**. Waltham (MA): UpToDate, 5 jul. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/antiphospholipid-syndrome-obstetric-implications-and-management-in-pregnancy>. Acesso em: 28 nov. 2022.
- MALHOTRA, A.; WEINBERGER, S. E. **Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: prevention** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 11 nov. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/deep-vein-thrombosis-and-pulmonary-embolism-in-pregnancy-prevention>. Acesso em: 28 nov. 2022.
- MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A.; PASSOS, E. P. (Org.). **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- MELVIN, L.; FUNAI, E. F. **Gestational hypertension**. Waltham (MA): UpToDate, 27 maio 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-hypertension>.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Antenatal care**. London: NICE, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>. Acesso em: 28 nov. 2022.

NORWITZ, E. R. **Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm labor and birth**. Waltham (MA): UpToDate, 21 out. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-labor-and-birth>. Acesso em: 28 nov. 2022.

NORWITZ, E. R.; HICKS, C. B. **Syphilis in pregnancy**. Waltham (MA): UpToDate, 16 set. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-pregnancy>. Acesso em: 28 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/05/Rastreamento-Diabetes.pdf>. Acesso em: 28 out 2022.

OUYANG, D. W. **Fertility and pregnancy after bariatric surgery**. Waltham (MA): UpToDate, 14 nov. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/fertility-and-pregnancy-after-bariatric-surgery>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PARENT, B.; MARTOPULLO, I.; WEISS, N. S.; KHANDELWAL, S.; FAY, E. E.; ROWHANI-RAHBAR, A. Bariatric surgery in women of childbearing age, timing between an operation and birth, and associated perinatal complications. **JAMA Surgery**, v. 152, n. 2, p. 128-135, 1 fev. 2017. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.3621. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27760265/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

PROVAN, D. *et al.* **Oxford handbook of clinical hematology**. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 203/12 – CIB / RS**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 14 maio 2012. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170212/23101217-1339445690-cibr203-12.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

ROSS, D. S. **Overview of thyroid disease and pregnancy**. Waltham (MA): UpToDate, 19 abr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-thyroid-disease-and-pregnancy>. Acesso em: 28 nov. 2022.

SILVER, R. M. **Placenta accreta spectrum: clinical features, diagnosis, and potencial consequences**. Waltham (MA): UpToDate, 14 out. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-accreta-spectrum-clinical-features-diagnosis-and-potential-consequences>. Acesso em: 28 nov. 2022.

SUCUPIRA, A. C. S. L. *et al.* **Pediatria em consultório**. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 2010.

UDELL, J. A. *et al.* Does This patient with liver disease have cirrhosis? **JAMA**, Chicago, v. 307, n. 8, p. 832-842, fev. 2012. DOI: 10.1001/jama.2012.186. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1355997>. Acesso em: 28 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas: diabetes e gestação**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_diabetes_gestacao_1.3.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde: versão digital 2020**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 jul. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: 28 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas**: sífilis: versão digital 2020. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 mar. 2020 [atual. 15 dez. 2020]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: 28 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: toxoplasmose na gestação: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 out 2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmosenagestacao.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

VIEIRA, T; GIUGLIANI, R. (Org.). **Manual de genética médica para atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2019.

Apêndices – quadros auxiliares

Quadro 1 – Diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Diagnóstico	Critérios
Pré-eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> • hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação e mais UM dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> ○ proteinúria (≥ 300 mg em amostra de urina de 24 horas ou proporção de proteína/creatinina $\geq 0,3$ mg/dL em uma amostra de urina ou fita reagente $\geq 2+$); ou ○ contagem de plaquetas <100.000 céls/mm³; ou ○ creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL ou aumento em duas vezes no seu valor basal na ausência de outra doença renal; ou ○ aumento das transaminases hepáticas (duas vezes o limite superior de normalidade); ou ○ edema pulmonar; ou ○ cefaleia persistente e de início recente (excluindo outros diagnósticos e não responsiva a analgesia usual); ou ○ sintomas visuais (visão turva, luzes piscando ou faíscas, escotomas); ou ○ dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.
Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta	<ul style="list-style-type: none"> • história de hipertensão antes da gravidez ou com início anterior às 20 semanas de gestação associado à pré-eclâmpsia. Deve-se suspeitar se: <ul style="list-style-type: none"> ○ súbita exacerbação de hipertensão, ou piora ou surgimento de proteinúria¹; ou ○ trombocitopenia de início recente (< 100.000 plaquetas/mm³); ou ○ aumento repentino de enzimas hepáticas a níveis anormais; ou ○ início de sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia; ou ○ níveis elevados de ácido úrico.
Pré-eclâmpsia grave	<ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico de pré-eclâmpsia (isolada ou sobreposta à hipertensão crônica) e: <ul style="list-style-type: none"> ○ estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada; ou ○ síndrome HELLP: hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia; ou ○ sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas), hiper-reflexia, náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito); ou ○ eclâmpsia: quadro de convulsões tônico-clônicas, focais ou multifocais, ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou que não podem ser atribuídas a outras causas; ou ○ edema agudo de pulmão; ou ○ dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar; ou ○ insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

¹Os valores deste aumento não estão claramente definidos. Deve-se suspeitar de pré-eclâmpsia sobreposta naquelas gestantes com qualquer aumento brusco dos níveis pressóricos ou com proteinúria acima do limite superior de normalidade ou clara mudança da linha de base.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists (2020), DynaMed (2022) e Melvin e Funai (2022).

Quadro 2 – Definições de hiperglicemia na gestação.**Diabetes Mellitus (DM) na gestação:**

- DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado **antes** do período gestacional; **ou**
- diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros¹:
 - glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL;
 - glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g 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 (poliúria, polidipsia e 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 diagnóstico para DMG, conforme os seguintes parâmetros*:
 - glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL*; ou
 - glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g de glicose (realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados:
 - glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; e/ou
 - glicemia após 1 hora ≥ 180 mg/dL; e/ou
 - glicemia após 2 horas ≥ 153 mg/dL e ≤ 199 mg/dL.

¹Confirmar com a paciente se foi realizado jejum adequado de 8h (incluindo líquidos, chá, balas, etc).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de SBD, OPAS e OMS (2017).

Quadro 3 – Citopenias com critérios de gravidade.

- Citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou
- citopenias em pessoas com linfonodomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou
- presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou
- paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/mm³); ou
- bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
 - hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - neutrófilos < 500 céls/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50 mil céls/mm³.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 4 – Possíveis perfis hemoglobínicos encontrados em teste de eletroforese de hemoglobina.

Eletroforese de hemoglobina - alterações		
Hb A	Perfil de normalidade = 96 a 98 %	
HB A₂	Perfil de normalidade = 2,5 a 3,5%	
	3,5 a 7%	Talassemia beta menor/traço talassêmico beta
Hb S	30 a 45%	Traço falciforme (heterozigoto)
	75 a 95%	Anemia falciforme (homozigoto)
	60 a 85%	Hb S/Talassemia beta mais (β^+)
	70 a 90%	Hb S/Talassemia beta zero (β^0)
Hb F	Perfil de normalidade = 0 a 1,0%	
	15 a 30%	Persistência hereditária de Hb fetal
	10 a 50%, podendo chegar a 100%	Talassemia beta intermediária
	60 a 98%	Talassemia beta maior
Hb C	30 a 40%	Traço HbC
	95%	Hemoglobinopatia C
Hb C + Hb S	45 a 50% + 50 a 55% (respectivamente)	Hemoglobinopatia SC
Hb H	5 a 30% na vida adulta	Doença da Hemoglobina H (talassemia alfa)
	5 a 10%	Traço talassêmico alfa

 Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Provan *et. al* (2015).

Quadro 5 – Alterações laboratoriais na anemia hemolítica.

<ul style="list-style-type: none"> • Anemia normocítica ou macrocítica. • Presença de esferócitos ou esquizócitos. • Reticulócitos elevados. • LDH elevado. • Bilirrubina indireta elevada. • Haptoglobina diminuída. • Teste de Coombs direto positivo (anemias hemolíticas autoimunes). • Teste de Coombs direto negativo (hemólise não imunologicamente mediada).
--

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Barcellini (2022).

Quadro 6 – Valores de referência do TSH na gestação (na ausência de valores normais estabelecidos pelo laboratório).

- 1º trimestre: 0,1 a 4,0 mU/L;
- 2º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L;
- 3º trimestre: 0,5 a 4,5 mU/L.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Alexander *et al* (2017) e Ross (2021).

Quadro 7 – Diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e doença de Graves na gestação.

Tireotoxicose gestacional transitória	Doença de Graves
<ul style="list-style-type: none"> • TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L); • T4 ou T3 total até 1,5 vezes o valor superior de referência em não gestantes; • ausência de marcadores autoimunes (TRAb ou anti-TPO); • possível associação com hiperêmese gravídica, gestações múltiplas e doença trofoblástica gestacional; • características clínicas de doença de Graves (bócio e oftalmopatia) geralmente ausentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • TSH suprimido no primeiro trimestre (< 0,1 mU/L); • elevação de T4 ou T3 total acima de 1,5 vezes o valor superior de referência em não-gestantes; • marcadores autoimunes (TRAb ou anti-TPO) positivos em 95% dos casos; • características clínicas de Graves presentes: oftalmopatia, bócio (com ou sem sopro), alterações ungueais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 8 – Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (pelo menos um dos critérios clínicos).

- Trombose vascular:**
- um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial.
- Morbidade obstétrica:**
- uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfolologicamente normais a partir da 10ª semana de gestação;
 - um ou mais nascimentos prematuros de neonatos morfolologicamente normais antes da 34ª semana de gestação, ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave;
 - três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa cromossômica excluída.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Lockwood e Lockshin (2022).

Quadro 9 – Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV.

Hepatite B	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	Anti-HBs
Infecção aguda	+	+	+	-
Infecção crônica ativa	+	+	-	-
Infecção prévia resolvida	-	+	-	+
Imunidade vacinal	-	-	-	+

HBsAg: indica infecção ativa.
Anti-HBs: indica imunidade ao HBV.
Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida).
 - Infecção ativa: associado a HBsAg +.
 - Imunidade: associado a Anti-HBs +.
 - Se achado isolado: provavelmente imunidade de longo prazo com títulos de Anti-HBs abaixo do limite de detecção. Período de janela pós-infecção aguda, falso-positivo e raramente hepatite B oculta são diagnósticos diferenciais. Em caso de dúvida no diagnóstico ou conduta em pacientes com anti-HBc reagente isoladamente, entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543.
Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes. Excepcionalmente, reativação de hepatite B crônica pode apresentar esse anticorpo.
HBeAg: indica replicação viral ativa; não auxilia no diagnóstico da infecção, mas sim da fase de uma infecção já confirmada. Na obstetrícia, é útil para determinar a necessidade ou não de profilaxia antiviral na gestação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 10 – Suspeita ou diagnóstico de cirrose.

Manifestações clínicas	Aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, <i>flapping</i>), esplenomegalia.
Achados laboratoriais	Plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia.
Achados ecográficos	Fígado com bordos rombos, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia.
Diagnóstico complementar	<ul style="list-style-type: none"> - Biópsia hepática com resultado de escore METAVIR F4 ou Ishak 5 ou 6. - Elastografia hepática compatível com METAVIR F4 (Elastografia transitória ou por ultrassonografia). - Paciente com hepatopatia e presença de varizes esofágicas. - Fígado descrito como cirrótico em laparoscopia ou laparotomia prévia.
Alterações clínicas e laboratoriais que indicam alta suspeita de cirrose em pacientes com hepatopatia conhecida ou presumida	<ul style="list-style-type: none"> - Ascite (E = 95%; RV+ 7,2). - Veias abdominais dilatadas (E = 90%; RV+ 11). - Esplenomegalia (E = 90%; RV+ 3,5). - Plaquetopenia < 110 mil (E = 95%; RV+ 9,8). - Plaquetopenia < 160 mil (E = 88%; RV+ 6,3). - Albumina < 3,5 (E = 90%; RV+ 4,4). - Escore APRI > 2 (E = 90%; RV+ 4,6) (quadro 11).

E: Especificidade; RV+: Razão de verossimilhança positiva (significa o número de vezes que aumenta a chance de um paciente ter cirrose se possuir determinada alteração).

 Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Goldberg e Chopra (2021), Ministério da Saúde (2017) e Udell *et al* (2012).

Quadro 11 – Escores não invasivos de predição de cirrose e fibrose hepática.

Escore	Fórmula	Interpretação dos valores
APRI¹	$APRI = \frac{AST (UI/L)}{\frac{\text{Limite superior normal de } AST (UI/L)}{\text{Contagem de plaquetas } (10^9)}} \times 100$	< 0,5: Baixa probabilidade de fibrose hepática F2-F4. < 1,0: Baixa probabilidade de cirrose (F4). > 1,5: Alta probabilidade de fibrose hepática F3 ou F4. > 2,0: Alta probabilidade de cirrose (F4).
FIB-4²	$FIB4 = \frac{\text{Idade (anos)} \times AST (UI/L)}{\text{Contagem de plaquetas } (10^9) \times \sqrt{ALT (UI/L)}}$	< 1,45: Baixa probabilidade de fibrose hepática F2-F4. > 3,25: Alta probabilidade de F3 ou F4.

¹APRI: calculadora disponível neste [link](#);

²FIB-4: calculadora disponível neste [link](#); escore com maior validade para esteatose.

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Quadro 12 – Escore Child-Pugh para estadiamento da cirrose.

	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica	< 2,0 mg/dL	2,0 - 3,0 mg/dL	> 3,0 mg/dL
Albumina sérica	> 3,5 g/dL	2,8 - 3,5 g/dL	< 2,8 g/dL
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Encefalopatia	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (acima do controle) ou INR	< 4 segundos ou < 1,7	4 - 6 segundos ou 1,7 - 2,3	> 6 segundos ou > 2,3
Child A: 5-6 pontos Child B: 7-9 pontos Child C: 10-15 pontos			

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Goldberg e Chopra (2021) e Ministério da Saúde (2017).

Quadro 13 – Sorologia para toxoplasmose na gestação: interpretação e conduta.

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO e CONDUTA ¹	
	IgG	IgM	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
Primeira sorologia	Reagente	Não Reagente	Imunidade remota: gestante não suscetível	Não solicitar nova sorologia.
	Indeterminado	Não Reagente	Suscetibilidade ou infecção remota	Deve-se repetir a sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas, idealmente no mesmo laboratório e com a mesma metodologia utilizada no exame anterior.
	Não Reagente	Não Reagente	Suscetibilidade	Orientar prevenção primária; Repetir sorologias a cada 1 a 3 meses.
	Reagente	Reagente/ Indeterminado ²	Suspeita de infecção na gestação	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ ; Solicitar teste de avidéz à IgG: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Antes de 16 semanas de gestação:</u> <u>Se avidéz forte:</u> infecção adquirida antes da gestação. Suspende tratamento e gestante retorna para seguimento na APS. ▪ <u>Se avidéz fraca ou moderada/indeterminada:</u> possibilidade de infecção adquirida na gestação. Manter tratamento no pré-natal de alto risco. ▪ <u>A partir de 16 semanas de gestação:</u> Avidéz não permite excluir infecção atual.
	Não Reagente	Reagente/ Indeterminado ¹	Suspeita de infecção aguda ou IgM falso positivo	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ ; Repetir sorologias IgG e IgM após 3 semanas: <u>Se IgG positiva:</u> confirma infecção. Manter o tratamento no pré-natal de alto risco. <u>Se IgG permanecer negativa:</u> suspender tratamento e gestante retorna para seguimento na APS.
Amostras subsequentes na gestante suscetível (IgG e IgM iniciais negativos)	Reagente	Não Reagente	Imunidade remota: gestante não suscetível.	Não solicitar nova sorologia.
	Não Reagente	Não Reagente	Suscetibilidade	Orientar prevenção primária.
	Reagente	Reagente/ Indeterminado ¹	Infecção durante a gestação.	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ .
	Não Reagente	Reagente/ Indeterminado ¹	Suspeita de Infecção aguda ou IgM falso positivo.	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ ; Repetir sorologias IgG e IgM após 3 semanas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Se IgG positiva:</u> confirma infecção. Manter o tratamento no pré-natal de alto risco. ▪ <u>Se IgG permanecer negativa:</u> suspender tratamento e gestante retorna para seguimento na APS.

¹Caso haja exames prévios e/ou não for a primeira gestação, considerar resultados anteriores na decisão.

²Se IgM indeterminado, repetir sorologias em 3 semanas pelo método ELFA (preferencialmente) ou ELISA.

³ (< 16 semanas): Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas (nome comercial: Rovamicina® comprimido revestido com 1,5 MUI, que corresponde a 500 mg de espiramicina). Trocar para esquema tríplice a partir de 16 semanas. Retorno para a monoterapia será orientado conforme avaliação em serviço de Pré-Natal de Alto Risco.

(≥ 16 semanas): Esquema tríplice: Pirimetamina 25 mg, 2cp, 1x/dia; Sulfadiazina 500 mg, 2 cp de 8/8h ou 3 cp de 12/12h; Ácido Fólico 15 mg 1x/dia. Atenção: ácido fólico não deve substituir o ácido fólico, que deverá ser usado até 1 semana após a suspensão da pirimetamina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 14 – Tratamento para condiloma acuminado em gestantes¹.Tratamento na Unidade de Saúde:

- **Ácido tricloracético (ATA)²: a 80%-90% (solução):**
 - aplicar uma vez por semana, por até 8 a 10 semanas;
 - aplicar pequena quantidade somente nos condilomas, com auxílio de cotonete ou palito de dentes (uma área esbranquiçada se tornará visível no local da aplicação);
 - aplicar com cuidado, evitando que a solução se espalhe para a pele ao redor da lesão;
 - se paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco;

Tratamento domiciliar:

- **Imiquimod:** é contraindicado durante a gestação.

¹Orientar sobre a doença, ofertar preservativos e teste para outras IST (HIV, sífilis, hepatite B e C), avaliar parcerias sexuais.

²O medicamento descrito NÃO está incluso na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso não esteja disponível no SUS.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Carusi (2021).

Quadro 15 – Tratamento para verrugas virais em gestantes¹.Verrugas vulgares/verrugas palmo-plantares:

- Medicamento à base de ácido salicílico (20%) e ácido láctico (15%) em solução colóidio elástico 5 mL ou 10 mL

*(disponível comercialmente ou sob manipulação):

- a aplicação pode ser feita após o banho ou após deixar o local imerso em água morna por, no mínimo, 5-10 minutos;
 - lixar delicadamente a porção superior da lesão para retirar o excesso de pele (pode ser utilizada uma lixa de unha descartável);
 - proteger a pele ao redor da verruga com esparadrapo ou vaselina sólida. Deve ser utilizado esparadrapo, e não micropore;
 - aplicar uma camada fina do medicamento sobre a lesão com a pele seca. Esperar secar e cobrir com outro pedaço de esparadrapo, para ajudar a penetração dos componentes;
 - trocar esse curativo a cada 24 a 48 horas, tomando o cuidado de repetir todo o procedimento, passo a passo;
 - deve-se realizar esse procedimento até o desaparecimento da lesão (período é variável, entre 1 a 3 meses); caso ocorra irritação excessiva da pele perilesional, pode-se diminuir a frequência de uso;
 - NÃO deve ser utilizado na face e nem em pacientes com neuropatia periférica;
 - em verrugas palmo-plantares podem ser necessárias concentrações mais elevadas de ácido salicílico (até 40%), disponíveis apenas sob manipulação.
- 5 - Fluoruracila creme²: é contraindicado na gestação.

Verrugas palmo-plantares:Tratamento na Unidade de Saúde:

- ATA (ácido tricloracético)* 50 a 80%:

- pode ser utilizado em lesões palmares e plantares, aplicando-se com um palito de madeira (se necessário, colocar pequena quantidade de algodão na ponta) a cada 7 a 10 dias, por até 8 semanas;
- pode ocorrer sensação de pinicação e queimação no local durante a aplicação.

Verrugas filiformes:Tratamento na Unidade de Saúde (se material disponível):

- **exérese por shaving e eletrocoagulação:** utilizar anestesia local antes da remoção. A eletrocoagulação é útil tanto para a hemostasia, quanto para prevenir a recorrência.

¹Lesões perioculares (com exceção de verrugas planas): evitar os tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

²Alguns dos medicamentos descritos NÃO estão inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso não esteja disponível no SUS.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 16 – Tratamento para molusco contagioso em gestantes¹.

- Pacientes com lesões genitais devem ser tratados (risco de disseminação sexual).
- O tratamento precoce também está indicado em pacientes imunossuprimidas (risco de lesões disseminadas).
- Nas pacientes imunocompetentes as lesões desaparecem espontaneamente dentro de 6 a 12 meses, sem deixar cicatrizes.

Opções de tratamento:

- **Hidróxido de potássio (KOH)² 5 a 10% em solução aquosa (manipulado):**
 - aplicar uma pequena quantidade do produto, com palito de dente, uma vez ao dia;
 - orientar cuidado para não aplicar na pele sadia perilesional;
 - pode haver sensação de ardência após a aplicação;
 - manter o uso até as lesões ficarem mais avermelhadas e com pequena crosta sobreposta;
 - pode ocorrer hipopigmentação pós-inflamatória.

¹Lesões perioculares: evitar tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

²O medicamento descrito NÃO está incluso na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso não esteja disponível no SUS.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 17 – Critérios para definição de caso de sífilis gestacional.

- Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto ou puerpério apresente um teste reagente (treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação).
- Mulher assintomática, que durante o pré-natal, parto ou puerpério apresente um teste reagente (treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação) e sem registro de tratamento prévio.
- Mulher que durante o pré-natal, parto ou puerpério apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico reagente, independente de sintomatologia e de tratamento prévio¹.

¹Se houver histórico de tratamento adequado e resposta imunológica adequada, pode representar cicatriz sorológica. Os casos de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Nota informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS.

Quadro 18 – Conduta sugerida em caso de alergia à penicilina em gestantes diagnosticadas com sífilis.

Tipo de reação	Conduta sugerida
Gestantes com história de reação leve a moderada. Ex: dor e reação local, rash maculopapular, náusea, prurido, mal-estar, cefaleia, história de evento suspeito há mais de 10 anos, história familiar, entre outras manifestações isoladas.	Realizar o tratamento com penicilina.
Gestantes com história comprovada de alergia grave. Ex: reação anafilática prévia ou lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson após uso de penicilina.	Encaminhar para dessensibilização.
Perguntas orientadas para obter informações mais específicas sobre o passado de alergia à penicilina: 1) Você se lembra dos detalhes da reação? 2) Há quantos anos a reação ocorreu? 3) Como foi o tratamento? 4) Qual foi o resultado? 5) Por que você recebeu penicilina? 6) Você já fez algum tratamento com antibióticos depois desse evento? 7) Quais foram esses medicamentos (lembrar que medicamentos como a ampicilina, a amoxicilina e as cefalosporinas são exemplos de drogas derivadas da penicilina)? 8) Você já fez uso de penicilina ou de seus derivados após esse evento que você acha que foi alergia à penicilina?	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 19 – Indicação de punção líquórica em gestantes com sífilis.

Recomenda-se que seja realizada punção líquórica em todas as gestantes com história ou infecção atual por sífilis e que apresentem pelo menos um dos critérios¹:
<ul style="list-style-type: none"> • sinais ou sintomas de neurosífilis (como sintomas neurológicos, psiquiátricos, oftalmológicos ou otológicos); ou • evidência de sífilis terciária ativa (gomos sífilíticas, periostite, artrite ou aortite); ou • falha ao tratamento clínico adequado (descartada reinfecção): <ul style="list-style-type: none"> ○ não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32); ou ○ aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; ou ○ persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

¹Em gestantes vivendo com HIV, é indicada a punção lombar em caso de falha ao tratamento clínico independente da história de exposição sexual e possibilidade de reinfecção.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 20 – Alterações ecográficas fetais sugestivas de sífilis congênita.

Deve-se suspeitar de sífilis congênita se houver achados característicos na ecografia fetal em gestante com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada. As alterações podem ser detectadas a partir de 20 semanas, mas são inespecíficas e incluem: <ul style="list-style-type: none"> • hepatomegalia; • placentomegalia; • anemia, com base na velocidade sistólica de pico da artéria cerebral média do Doppler > 1,5 múltiplos da mediana; • polidrâmnio; • ascite ou hidropisia. Apesar de hepatomegalia e placentomegalia serem achados iniciais, e a anemia, ascite e hidropisia ocorrerem posteriormente no curso da infecção, não é possível excluir ou confirmar sífilis congênita com base no resultado da ecografia.
--

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Norwitz e Hicks (2022).

Quadro 21 – Anomalias congênitas maiores e menores.

Anomalias maiores: anomalias estruturais, com consequências médicas e sociais, sendo mais comuns em fetos abortados do que em nativos (1%).

- Anencefalia.
- Holoprosencefalia.
- Meningocele com ou sem hidrocefalia.
- Fendas palatinas (com ou sem lábio leporino).
- Hérnia diafragmática.
- Cardiopatia congênita.
- Agenesia renal unilateral.
- Estenose de piloro.
- Malformação de membros superiores ou inferiores.

Anomalias menores: anomalia estrutural relativamente frequente, sem consequências médicas e sociais. A incidência é de cerca de 15% nos nascidos vivos.

- Crânio: Forames parietais, bossa frontal ou parietal, proeminência da fronte, fronte alta ou curta, fronte inclinada.
- Região periorbital: ptose palpebral, entropião, estenose ou atresia do ducto lacrimal.
- Olhos: pequenos colobomas de íris, heterocromia iridum, manchas de Brushfield, pterígio.
- Nariz: columela curta, nariz bulboso, hipoplasia das asas do nariz, ponte nasal ampla.
- Cavidade oral: palato gótico, fossetas palatinas, torus palatinus, hipodontia, hipoplasia ou ausência dos incisivos maxilares laterais, dentes palatinos supranumerários, dentes em pá, dentes incisivos entalhados, dentes de Hutchinson, Molares de Mulberry, dente incisivo bigeminado.
- Pescoço: arcos branquiais remanescentes.
- Abdome: Hérnia ventral, artéria umbilical única, posição umbilical não usual.
- Mãos: clinodactilia, dedos cônicos, dedo acessório, quarto metacarpal curto, sindactilia cutânea.
- Pés: hálux distal largo, quarto metatarsal curto, dedos em martelo, sindactilia de artelhos.
- Genitália feminina: adesões entre os pequenos lábios, clitoromegalia.
- Genitália masculina: hidrocele, hipospádia, criptorquidia.
- Ânus e períneo: apêndices anais, estenose anal, imperfuração anal.
- Pele: nevos benignos pigmentados, manchas mongólicas, manchas café com leite.
- Nevos benignos hamartomatosos: nevos epidérmicos, angiofibromas.
- Nevos vasculares: manchas róseas, manchas vinho do porto, telangiectasias, hemangiomas capilares, hemangiomas cavernosos.
- Pele e anexos: implantação baixa de cabelos na nuca, placas de alopecia congênita, mamas extranumerárias, apêndices cutâneos, unhas hiperconvexas.
- Outras anomalias: mamilos supranumerários, fossetas cutâneas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Vieira e Giugliani (2013) e Sucupira (2010).

Quadro 22 – Patologias cardíacas e não cardíacas com repercussões hemodinâmicas com indicação de encaminhamento para ambulatório de Medicina Fetal de acordo com a complexidade.

Condições que não necessitam intervenção cardíaca no período fetal ou neonatal	Condições com possível intervenção cardíaca no período fetal ou neonatal
<ul style="list-style-type: none"> • alterações cardíacas: <ul style="list-style-type: none"> ○ defeito septal atrioventricular parcial; ○ defeito septal atrioventricular completo balanceado; ○ comunicações interatriais ou interventriculares isoladas; ○ constrição prematura de canal arterial; ○ estenose aórtica e pulmonar de grau leve; ○ extrassístoles supraventriculares isoladas; ○ cardiopatias associadas a cromossomopatias incompatíveis com a vida, em especial casos de trissomia dos cromossomos 13 ou 18. 	<ul style="list-style-type: none"> • alterações cardíacas graves: <ul style="list-style-type: none"> ○ transposição das grandes artérias; ○ atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica; ○ coarctação da aorta ou interrupção do arco aórtico; ○ estenose aórtica moderada ou severa; ○ dupla via de saída de ventrículo direito; ○ tronco arterial comum; ○ drenagem venosa anômala das veias pulmonares; ○ hipoplasia do coração esquerdo; ○ defeito septal atrioventricular completo e desbalanceado; ○ Anomalia de Ebstein; ○ Tetralogia de Fallot; ○ atresia tricúspide (inclui displasias tricúspide severas); ○ tumores cardíacos com obstrução aos fluxos de entrada ou saída ventriculares; ○ agenesia de valva pulmonar; ○ miocardiopatias e miocardites com disfunção ventricular; ○ outras cardiopatias complexas; • patologias não cardíacas que podem cursar com repercussão hemodinâmica: <ul style="list-style-type: none"> ○ compressão extrínseca do coração (hérnia diafragmática congênita, malformação adenomatoide cística pulmonar, tumores pericárdicos); ○ síndrome de transfusão feto-fetal; ○ agenesia de ducto venoso; ○ fístulas de alto débito (exemplo: aneurisma da veia de Galeno).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Marcelo Brandão da Silva - Instituto de Medicina Fetal.

Quadro 23 – Percentil 95 para translucência nucal (TN) conforme comprimento cabeça-nádega (CCN).

Comprimento cabeça nádega - CCN (mm)	Translucência nucal - TN (mm) Percentil 95
45 a 52	2,10
53 a 57	2,20
58 a 62	2,30
63 a 65	2,40
66 a 74	2,50
75 a 83	2,60
84	2,70

Fonte: Fonseca e Sá. Medicina Fetal (2018).

Quadro 24 – Alterações ecográficas decorrentes da anemia fetal.

A ecografia obstétrica tem sensibilidade limitada em fetos não hidróticos, mas é um método importante para detectar alterações precoces e quantificar a gravidade da anemia em fetos com risco de desenvolver doença hemolítica perinatal (história prévia de gestação afetada por isoimunização Rh e presença de Coombs indireto materno). As alterações ecográficas decorrentes da anemia fetal incluem:

- alteração da ecotextura placentária;
- derrame pericárdico;
- cardiomegalia;
- aumento do líquido amniótico;
- oligodrômio;
- ascite fetal;
- edema de subcutâneo;
- derrame pleural;
- velocidade máxima do pico sistólico da artéria cerebral média > 1,5 desvios-padrão ou 1,5 múltiplos da mediana.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Zugaib (2019).

Quadro 25 – Investigação laboratorial inicial de trombocitopenia na gestação.

- Hemograma com plaquetas.
- Análise do esfregaço do sangue periférico.
- Reticulócitos.
- Coombs direto.
- AST/TGO e ALT/TGP, albumina, bilirrubinas, TP/ KTTTP, LDH.
- Anti-HCV, anti-HIV, HBsAg ou testes rápidos para hepatite B, C e HIV.
- Creatinina, proteinúria (relação proteinúria/creatininúria em amostra ou dosagem de proteinúria em 24h).
- Conforme suspeita clínica: FAN, TSH, vitamina B12 e ácido fólico.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Martins-Costa (2017).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543