

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: OBSTETRÍCIA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO).....	6
Mudanças da nova versão.....	7
Protocolo 1 – Hipertensão em Gestantes	8
Protocolo 2 – Diabetes em Gestantes.....	9
Protocolo 3 – Anemias em Gestantes.....	10
Protocolo 4 – Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes	11
Protocolo 5 – Gestação com Abortamento Recorrente ou Risco de Prematuridade.....	12
Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes	13
Protocolo 7 – HIV em Gestantes	14
Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes	15
Protocolo 9 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso em Gestantes	16
Protocolo 10 – Sífilis em Gestantes	17
Protocolo 11 – Alterações Ecográficas na Gestação	18
Protocolo 12 – Isoimunização Rh	19
Protocolo 13 – Condições Clínicas de Risco à Gestação Atual	20
Protocolo 14 – Condições Clínicas de Risco em Gestação Prévia	22
Protocolo 15 – Trombocitopenia na Gestação	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE – MATERIAIS COMPLEMENTARES	29

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 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 contemplam os graus de complexidade, em ambulatório de gestação de alto risco tipo I ou tipo II (Agar I ou II), de acordo com a Resolução nº 203/2012 da Comissão Intergestores Bipartite/RS (CIB/RS).

Devem ter preferência no encaminhamento ao pré-natal de alto risco, quando comparadas com outras condições clínicas, as pacientes com: pré-eclâmpsia atual (após avaliação em emergência); histórico de incompetência istmo-cervical em gestação anterior ou incompetência istmo-cervical em gestação atual; acretismo placentário com invasão de bexiga/órgão adjacente; diagnóstico atual de neoplasia do colo uterino; anencefalia com desejo de interrupção da gestação; gestação gemelar monócórionica com crescimento fetal seletivo; síndrome de transfusão feto-fetal; óbito fetal de um gemelar com 20 semanas ou mais; alterações fetais graves, como ascite, hidropisia e/ou derrame pericárdico (após avaliação emergência); alterações cardíacas fetais graves, como taquiarritmias, bloqueio atrioventricular total, estenose aórtica/pulmonar moderada ou severa.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam de 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 17 de junho de 2024.

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 ou 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 gestação de alto risco:

- Diagnóstico de pré-eclâmpsia, após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica.
- Hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
 - hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência; ou
 - lesão em órgão-alvo (presença de proteinúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou
 - hipertensão leve a moderada (PA sistólica ≥ 140 a 159 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 a 109 mmHg) com uso de 2 ou mais fármacos anti-hipertensivos; ou
 - suspeita de hipertensão secundária; ou
 - tabagismo; ou
 - idade materna ≥ 40 anos; ou
 - diagnóstico de diabetes *mellitus* na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com critérios para o diagnóstico de diabetes fora da gestação – [Quadro 2](#)) 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 ou pós-parto, entre outras).
- Hipertensão gestacional:
 - em gestação atual (diagnóstico após 20ª semana), após exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia;
 - em gestação anterior.

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 sim, descreva se há lesão em órgão-alvo. 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 (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação ou pós-parto, entre outras).
7. Número da teleconsultoria se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Diabetes em Gestantes

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para obstetrícia em ambulatório de gestação de alto risco:

- Diabetes *mellitus* gestacional ([Quadro 2](#)) e:
 - em tratamento ou com indicação de tratamento farmacológico¹; ou
 - hipertensão (crônica ou gestacional);
- Diabetes *mellitus* na gestação (diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com critérios para o diagnóstico de diabetes fora da gestação – [Quadro 2](#)).

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) e se há lesão em órgão-alvo.
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. Descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes.
8. Laudo(s) de ecografia(s) obstétrica(s) em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos seus achados, evidenciando percentil de peso e de circunferência abdominal fetal, com data.
9. Número da teleconsultoria se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ O tratamento não farmacológico (orientações dietéticas e atividade física apropriada) deve ser iniciado em todas as gestantes com diabetes gestacional. Recomenda-se realizar controle com glicemia capilar em jejum e 1 ou 2 horas após o café, almoço e jantar (metas: glicemia capilar em jejum entre 65-95 mg/dL, 1h pós-prandial < 140 mg/dL e 2h pós-prandial < 120 mg/dL). Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas, definido como 30% ou mais das medidas de glicemias capilares acima da meta, 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 ou 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:

- 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.
- 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 resultado 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 o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ O tratamento 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 o 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:

- Pacientes com suspeita de tireotoxicose gestacional, na indisponibilidade de exame de anticorpo TRAb.
- Paciente com hipotireoidismo primário, usando mais de 2,5 µg/kg de levotiroxina, sem controle adequado.
- 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:

- 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. Presença de sinais e sintomas relacionados à disfunção tireoidiana.
4. Resultado de TSH, com data.
5. Resultado de T4 livre ou T4 total, com data.
6. Resultado de anticorpos TRAb (se suspeita de hipertireoidismo) ou anti-TPO (se suspeita de hipotireoidismo), quando disponíveis.
7. Tratamento em uso para a condição² (medicamentos com posologia).
8. Número da teleconsultoria se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Não há necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco por tireotoxicose gestacional transitória. Quando o TRAb não estiver disponível na Atenção Primária à Saúde (APS), encaminhar para diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e hipertireoidismo subclínico.

² Gestantes 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 e colo curto; suspeita de incompetência istmo-cervical (encaminhamento para cerclagem, preferencialmente entre 12 e 14 semanas); ou início de anticoagulação profilática em gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (TEV), enquanto a paciente espera consulta no serviço especializado. O [Quadro 8](#) apresenta as indicações de trombopprofilaxia para TEV na gestação e as orientações para a prescrição de anticoagulante enquanto esses casos aguardam atendimento no pré-natal de alto risco.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para centro obstétrico ou emergência ginecológica:

- Sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a 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 de idade gestacional).
- 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:

- História de abortamento recorrente:
 - perda espontânea e consecutiva de 2 ou mais gestações, documentadas por ecografia ou exame histopatológico.
- Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo ([Quadro 10](#)).
- Suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical:
 - gestante assintomática com diagnóstico de colo curto (comprimento cervical determinado por ecografia transvaginal inferior a 2,5 cm, antes de 24 semanas); 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, com a idade gestacional em cada caso, e condições obstétricas associadas (comorbidades).
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). Se sim, descreva.
5. História ou suspeita de incompetência istmo-cervical (sim ou não). Se sim, descreva.
6. Laudo de ecografia transvaginal em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos seus resultados, com data (se realizada).
7. Número da teleconsultoria se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Hepatite B e C em Gestantes

A notificação de infecção por hepatite B e por hepatite C é compulsória.

Atente-se aos 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 de acompanhamento em pré-natal de alto risco, porém deve ter prioridade no encaminhamento ao SAE ou à 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.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia e para obstetrícia em ambulatório de gestação de alto risco:

- Gestante com hepatite crônica por vírus B (HBV) ([Quadro 11](#)) e suspeita ou diagnóstico de cirrose ([Quadro 12](#), [Quadro 13](#) e [Quadro 14](#)).
- Gestante com hepatite crônica por vírus C (HCV) e suspeita ou diagnóstico de cirrose ([Quadro 12](#), [Quadro 13](#) e [Quadro 14](#)).

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 o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ A 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 infecções sexualmente transmissíveis (IST). Deve-se 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.

Atente-se 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:

- 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. Laudo de exames complementares (carga viral e CD4)¹ em anexo, preferencialmente, ou descrição dos resultados, com data.
4. Número da teleconsulta se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ A 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. Deve-se oferecer testagem para: sífilis em 4-6 semanas após o diagnóstico; hepatites B e C no momento do diagnóstico; e PCR para clamídia e gonococo se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 8 – Toxoplasmose em Gestantes

A notificação de toxoplasmose gestacional e congênita é 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 ou emergência ginecológica:

- Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reativada.
- 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 gestação de alto risco:

- Gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose na gestação ([Quadro 15](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce).
2. Resultado de sorologias para toxoplasmose IgG e IgM, com data.
3. Resultado de avidéz ao IgG, se indicado e disponível, com data.
4. Laudo de ecografia obstétrica em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos 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 teleconsultoria se o caso já foi discutido com o 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 gestação de alto risco:

- Gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal) refratário ao tratamento na APS ([Quadro 16](#)) por 3 meses.
- Gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.
- 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).

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).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- Gestante com verrugas virais (em outras localizações) ou molusco contagioso refratários ao tratamento na APS ([Quadro 17](#) e [Quadro 18](#)) por 3 meses.

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 ou verrugas virais (sim ou não). Se sim, descreva medicamento, posologia e tempo de uso.
4. Número da teleconsultoria se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é recomendado investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Deve-se oferecer testagem para: sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico; hepatite B e C no diagnóstico; e 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 19](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para centro obstétrico ou emergência ginecológica:

- Gestante com sífilis e alergia a penicilina (para dessensibilização – [Quadro 20](#)).
- Gestante com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos agudos ou subagudos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para obstetrícia em ambulatório de gestação de alto risco:

- Gestante com falha ao tratamento ([Quadro 21](#)).
- Gestante com suspeita de neurosífilis assintomática ([Quadro 21](#)).
- Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita ([Quadro 22](#)).

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, datas de aplicação do tratamento e resultados de teste não treponêmico (VDRL ou RPR) pós-tratamento, com data.
6. Laudo de ecografia obstétrica em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos seus achados, com data (se realizada).
7. Número da teleconsulta se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é recomendado investigar outras IST. Deve-se oferecer testagem para: HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico; hepatite B e C no diagnóstico; e 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 ou emergência ginecológica:

- Oligodrâmnio (ILA $\leq$ 5 cm ou maior bolsão vertical $<$ 2 cm), para avaliação de bem-estar fetal.
- Polidrâmnio (ILA $\geq$ 24 cm ou maior bolsão vertical $\geq$ 8 cm) sintomático (dor, dispneia).
- Placenta prévia com sangramento.
- Suspeita de crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), para avaliação de bem-estar fetal.
- Alterações fetais graves, como ascite, hidropisia e 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:

Alterações no líquido amniótico:

- Oligodrâmnio (ILA $\leq$ 5 cm ou maior bolsão vertical $<$ 2 cm), após avaliação em emergência obstétrica.
- Polidrâmnio (ILA $\geq$ 24 cm ou maior bolsão vertical $\geq$ 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.
- Alterações graves, como ascite, hidropisia e derrame pericárdico, após avaliação em emergência obstétrica.

Alterações placentárias:

- Placenta prévia em ecografia realizada em gestante com mais de 22 semanas de gestação.
- 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.

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 23](#)) ou sugestivas de prováveis doenças genéticas (como microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise).
- Evidência ecográfica de fetos com cardiopatias congênitas ([Quadro 24](#)).
- 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 25](#)).
- 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. Laudo(s) de ecografia(s) obstétrica(s) em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos 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 o 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 do fator Rh do parceiro. Sugere-se oferecer a imunoglobulina de forma profilática na 28ª semana de idade gestacional, conforme disponibilidade local. Caso não seja possível administrar a imunoglobulina com 28 semanas de idade gestacional, a dose no pós-parto sempre deverá ser realizada rotineiramente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para centro obstétrico ou emergência ginecológica:

- Isoimunização Rh ou por anticorpos irregulares, com feto apresentando achados ecográficos de anemia ([Quadro 26](#)), para avaliação de bem-estar fetal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para obstetrícia em ambulatório de gestação de alto risco:

- Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh ou por anticorpos irregulares (anti-Kell ou outros) em gestação anterior.
- Gestante com teste de Coombs indireto positivo, em qualquer título¹.
- Gestante com feto apresentando achados ecográficos de anemia, após avaliação em emergência obstétrica ([Quadro 26](#)).

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 teste de Coombs indireto, com data.
4. Se gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior, descreva diagnóstico de doença hemolítica perinatal prévia (hidropisia ou icterícia neonatal, realização de transfusões intrauterinas ou a necessidade de transfusão neonatal).
5. Se gestante com Coombs indireto positivo, descreva outras situações potenciais de sensibilização (transfusões sanguíneas prévias ou uso de drogas ilícitas injetáveis) e uso de imunoglobulina na gestação atual.
6. Laudo(s) de ecografia(s) obstétrica(s) em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos seus achados, com data.
7. Número da teleconsultoria se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Em gestantes com Rh negativo e que receberam administração da imunoglobulina anti-D na gestação atual, não se recomenda realizar o teste de Coombs indireto, pois o resultado pode ser positivo até 1:4 (raramente até 1:8) por 8 a 12 semanas após a administração profilática de imunoglobulina anti-D e, em alguns casos, até o momento do parto.

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:

Condições fetais:

- Gemelaridade dicoriônica/diamniótica.
- Gemelaridade monócoriônica e/ou monoamniótica.
- 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 ou cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.
- 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 (miomas de segmento inferior com diâmetro igual ou superior a 5 cm; 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.
- Suspeita de câncer ginecológico (tumor anexial, citopatológico de colo uterino com resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau – ASC-H, ou lesão intraepitelial de alto grau – HSIL).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em saúde mental:

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

¹ Condições maternas com indicação de encaminhamento à especialidade focal em outros protocolos devem seguir acompanhamento em pré-natal de alto risco e com especialidade focal.

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 à Saúde. O [Quadro 8](#) apresenta as indicações de tromboprevenção para TEV na gestação e as orientações para a prescrição de anticoagulante enquanto esses casos aguardam atendimento no pré-natal de alto risco. Se necessário suporte clínico, entre em contato com o TelessaúdeRS pelo canal 0800 644 6543.

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. Laudo de ecografia obstétrica em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos seus resultados, com data (se realizada).
5. Número da teleconsulta se o caso já foi discutido com o 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:

Condições fetais:

- História prévia de conceptos com malformações congênitas maiores ([Quadro 23](#)).
- 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 ou pós-parto, hemorragia em parto anterior com necessidade de hemotransfusão, descolamento prematuro de placenta, entre outros).
- História de óbito fetal no terceiro trimestre.
- Acretismo placentário em gestação anterior.
- História de parto prematuro com menos de 34 semanas.

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. Laudo de ecografia obstétrica em anexo, preferencialmente, ou descrição na íntegra dos seus resultados, com data (se realizada).
4. Número da teleconsulta 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. A trombocitopenia gestacional não aumenta o risco de desfechos desfavoráveis para mãe ou feto nem o risco de sangramento durante o parto. A investigação laboratorial inicial de trombocitopenia na gestação está descrita no [Quadro 27](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para centro obstétrico ou emergência ginecológica:

- Qualquer manifestação hemorrágica.
- Trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil/mm³.
- Citopenias com critérios de gravidade ([Quadro 3](#)).
- Trombocitopenia associada a:
 - aumento da pressão arterial (PA sistólica $\geq$ 140 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 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:

- Trombocitopenia com contagem plaquetária < 100 mil/mm³ em qualquer trimestre da gestação.

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.
4. Medicamentos de uso contínuo.
5. Diagnóstico de hipertensão prévio à gestação (sim ou não). Se não, idade gestacional no diagnóstico.
6. Duas medidas de pressão arterial, com data.
7. História pessoal ou familiar de sangramento excessivo, púrpura trombocitopênica imune ou outra doença autoimune (sim ou não). Se sim, descreva.
8. História de doença hepática (sim ou não). Se sim, descreva.
9. Número da teleconsultoria se o caso já foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Apêndice – Materiais Complementares

Quadro 1 – Diagnóstico de pré-eclâmpsia

Diagnóstico	Critérios
Pré-eclâmpsia	- Hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação e mais UM dos seguintes critérios: - 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	- História de hipertensão antes da gravidez ou com início anterior às 20 semanas de gestação associada a pré-eclâmpsia. Deve-se suspeitar se: - 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	- Diagnóstico de pré-eclâmpsia (isolada ou sobreposta à hipertensão crônica) e: - 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, podendo ser 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).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Gestational Hypertension and Preeclampsia (2020), Dynamed (2024) e Melvin e Funai (2024).

¹ Os 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.

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 ≥ 126 mg/dL;
 - glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL;
 - hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$;
 - glicemia aleatória ≥ 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 parâmetros¹:
 - 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 1 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Diabetes (2017).

¹ Confirmar se foi realizado jejum adequado, com ausência de ingesta calórica por no mínimo 8 horas e no máximo 12 horas.

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 células/mm³; **e/ou**
 - plaquetas < 50.000 /mm³.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

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 (2024), adaptado de Provan *et al.* (2015).

Quadro 5 – Alterações laboratoriais na anemia hemolítica

• Anemia normocítica ou macrocítica • Presença de esferócitos ou esquizócitos (fragmentação) na revisão microscópica • 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 (2024), adaptado de Barcellini (2024).

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 (2024), adaptado de Alexander *et al.* (2016) e Ross (2023).

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

Tireotoxicose gestacional transitória	Doença de Graves
• TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L) • T4 ou T3 total até 1,5 vez 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	• TSH suprimido no primeiro trimestre (< 0,1 mU/L) • Elevação de T4 ou T3 total acima de 1,5 vez 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 (2024).

Quadro 8 – Indicações de profilaxia para tromboembolismo venoso durante o pré-natal e pós-parto

Indicações de trombopprofilaxia	
Profilaxia com enoxaparina durante o pré-natal e por 6 semanas no pós-parto	- Gestantes com história pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência¹ - Gestantes com trombofilia de alto risco² e história de TEV em parente de 1º grau
Profilaxia com enoxaparina e AAS durante o pré-natal e por 6 semanas no pós-parto	Gestantes com diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente, sem história pessoal de trombose vascular
Profilaxia com enoxaparina apenas por 6 semanas no pós-parto	- Gestantes com trombofilia de alto risco² e sem história pessoal ou familiar de TEV - Gestantes com trombofilia de baixo risco³ e com TEV em parente de 1º grau - Gestante com histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência⁴
Contraindicações à trombopprofilaxia na gestação	
- Gestantes com hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular - Gestantes com hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente	
Medicações utilizadas na profilaxia de TEV durante o pré-natal e pós-parto ⁵	
Enoxaparina sódica⁶ Solução injetável 40 mg/0,4 mL ou 60 mg/0,6 mL	Até 90 kg: 40 mg, SC, 1x/dia > 90 kg: 60 mg/dia
Ácido acetilsalicílico⁷ Comprimido 100 mg	100 mg, 1x/dia

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2021).

AAS: ácido acetilsalicílico; SAF: síndrome antifosfolípideo; TEV: tromboembolismo venoso.

¹ Moderado a alto risco de recorrência de TEV: único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados.

² Trombofilia de alto risco: mutação homozigótica para o fator V de Leiden; mutação homozigótica para o gene da protrombina; deficiência de antitrombina III; mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associados.

³ Trombofilia de baixo risco: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos.

⁴ Baixo risco de recorrência de TEV: trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez.

⁵ Deve-se orientar a paciente ou seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para trombopprofilaxia, levando-se em consideração as informações contidas no termo de esclarecimento e responsabilidade ([Quadro 9](#)). A enoxaparina está disponível como parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e é fornecida mediante preenchimento de laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamento (LME).

⁶ Recomenda-se a realização do hemograma completo antes do início da trombopprofilaxia com enoxaparina e a cada 3 meses após o início do anticoagulante. Além disso, a creatinina sérica deve ser solicitada em todas as gestantes em uso de anticoagulantes. Se houver suspeita de trombose durante o uso de enoxaparina, deve-se solicitar a contagem de plaquetas.

⁷ O AAS pode ser suspenso, a critério médico, a partir da 36ª semana de gestação.

Quadro 9 – Termo de esclarecimento e responsabilidade

ENOXAPARINA SÓDICA E ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

Eu, _____ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da enoxaparina sódica e do ácido acetilsalicílico (AAS), indicados para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer a melhora dos sintomas e redução das complicações. E que também fui claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- Evento adverso mais comum: hemorragia podendo ocorrer em qualquer local do corpo, principalmente na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíveis a sangramentos, procedimentos invasivos ou uso de associações medicamentosas que afetam a coagulação.
- Outros eventos adversos menos comumente relatados em ensaios clínicos foram: trombocitose, trombocitopenia, hematoma, dor local, aumento das enzimas hepáticas, urticária, prurido, eritema e reação alérgica.

Fui também claramente informada que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que faço uso de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos que haja risco de hemorragia (ex.: procedimentos odontológicos ou médico-cirúrgicos).

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei (a gestante continuará) a ser atendida, inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() Enoxaparina sódica – solução injetável de 40 mg/0,4 mL

() Enoxaparina sódica – solução injetável de 60 mg/0,6 mL

() Ácido acetilsalicílico (AAS) – comprimidos de 100 mg

Local:	Data:
Nome da paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Assinatura da paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM/UF:
Assinatura e carimbo do médico	
Data: _____	

Nota: verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente em qual componente da assistência farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2021).

Quadro 10 – Suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (pelo menos um dos critérios clínicos)

Trombose vascular:

- 1 ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite)

Morbidade obstétrica:

- 1 ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfolologicamente normais a partir da 10ª semana de gestação e sem causa aparente
- 1 ou mais nascimentos prematuros de neonatos morfolologicamente normais antes da 34ª semana de gestação, ocasionados por pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária
- 3 ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana de gestação, sem causa aparente

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2021) e Lockwood e Lockshin (2024).

Quadro 11 – 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 (2024).

Quadro 12 – 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 rombados, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia
Diagnóstico complementar	- 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	- 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 13)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Goldberg e Chopra (2024), Brasil (2023) e Udell *et al.* (2012).

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

Quadro 13 – Escores não invasivos de predição de cirrose e fibrose hepática

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

Fonte: Brasil (2019).

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

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

Quadro 14 – 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 (2024), adaptado de Goldberg e Chopra (2024) e Brasil (2017).

Quadro 15 – Interpretação e conduta da sorologia para toxoplasmose em gestantes imunocompetentes

Resultados		Interpretação	Conduta	
Primeira sorologia até 16 semanas				
IgG reagente	IgM não reagente	Infecção ocorrida há mais de 6 meses: gestante com infecção adquirida antes da gravidez.	Não solicitar nova sorologia.	
IgG indeterminado	IgM não reagente	Gestante suscetível ou infecção anterior à gestação.	Repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas, se possível, utilizando um teste mais sensível e confiável (ELFA, preferencialmente, ou ELISA).	Se o resultado nessa nova amostra for IgG reagente e IgM persistir não reagente, considerar infecção anterior à gestação.
IgG não reagente	IgM não reagente	Gestante suscetível.	Reforçar medidas de prevenção primária. Repetir sorologia a cada 1 a 3 meses e no parto.	Caso a gestante persista soronegativa, realizar a última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
IgG reagente	IgM reagente	Possibilidade de infecção durante a gestação.	Iniciar tratamento com espiramicina ¹ . Notificar o caso no Sinan. Solicitar teste de avides para IgG (preferencialmente na mesma amostra, ou nova coleta o mais rapidamente possível, até 16 semanas). A realização do teste de avides para IgG após 16 semanas não permite a confirmação ou exclusão da infecção aguda.	Se avides forte ou alta avides, provável infecção anterior à gestação. Suspender tratamento com espiramicina. Não há necessidade de repetir sorologia.
				Se avides fraca, moderada ou intermediária/baixa, possibilidade de infecção adquirida na gestação. Avaliar valores de IgG e IgM: – Se IgG e IgM em índices muito baixos, próximos do valor de referência do laboratório, repetir sorologia IgG e IgM após 2 a 3 semanas. É possível que seja IgM residual. A baixa avides também pode persistir por longo tempo em alguns casos. Se na nova amostra IgG persistir com índices muito baixos e estáveis, discutir caso com Centro de Referência. Na impossibilidade de discutir com Centro de Referência, considerar provável infecção aguda e proceder conforme IgG e IgM reagentes. – Se IgG e IgM fortemente reagentes ou em elevação, provável infecção aguda. Manter espiramicina. Encaminhar ao pré-natal de alto risco. Na impossibilidade de realizar amniocentese para avaliar infecção fetal, substituir espiramicina por esquema tríplice ² a partir de 16 semanas de gestação e manter até o parto. Realizar ecografia mensal ou bimensal. Se a infecção fetal for confirmada no 1º trimestre de gestação (alteração na ultrassonografia fetal), o que é raro: – antes de 14 semanas de gestação: trocar para apenas sulfadiazina ³ ; – a partir de 14 semanas de gestação: iniciar diretamente com esquema tríplice ² ou acrescentar pirimetamina + ácido fólico se já estiver usando a sulfadiazina.
IgG não reagente	IgM reagente	Infecção muito recente ou IgM falso-positivo.	Iniciar tratamento com espiramicina ¹ .	Se IgG permanecer não reagente, considera-se falso-positivo de IgM. Suspender tratamento. Repetir sorologia após 1 mês.

Resultados		Interpretação	Conduta	
			Notificar o caso no Sinan. Repetir sorologia IgG e IgM em 2 a 3 semanas.	Se IgG e IgM reagentes, confirma-se infecção aguda. Manter o tratamento com espiramicina. Encaminhar ao pré-natal de alto risco. Na impossibilidade de realizar amniocentese para avaliar infecção fetal, substituir espiramicina por esquema tríplice² a partir de 16 semanas de gestação e manter até o parto. Realizar ecografia mensal ou bimensal. Se a infecção fetal for confirmada no 1º trimestre de gestação (alteração na ultrassonografia fetal), o que é raro: – antes de 14 semanas de gestação: trocar para apenas sulfadiazina³; – a partir de 14 semanas de gestação: iniciar diretamente com esquema tríplice² ou acrescentar pirimetamina + ácido fólico, se já estiver usando a sulfadiazina.
Primeira sorologia após 16 semanas				
IgG reigente	IgM não reigente	Infecção ocorreu há mais de 6 meses. Provável infecção anterior à gestação. Porém não pode ser totalmente excluída a infecção no início da gestação ou próxima à concepção, principalmente se sorologia realizada no terceiro trimestre.	Revisar se há sorologia antes da atual gestação.	Se sorologia antes da atual gestação IgG não reigente e IgM não reigente ou sorologia desconhecida, não pode ser totalmente excluída infecção no início da gestação. Manter pré-natal na APS⁴. Encaminhar ao pré-natal de alto risco se forem observadas alterações no feto sugestivas de infecção congênita.
				Se sorologia antes da atual gestação IgG reigente e IgM reigente ou não reigente, infecção anterior à gestação. Não solicitar nova sorologia. Manter pré-natal na APS.
IgG não reigente	IgM não reigente	Gestante suscetível.	Reforçar medidas de prevenção primária. Repetir sorologia a cada 1 a 3 meses e no parto.	Caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
IgG reigente	IgM reigente	Toxoplasmose possivelmente ocorreu durante a gestação (infecção aguda). Importante: conferir se a gestante realizou sorologia para toxoplasmose antes da atual gestação. Se sorologia anterior à gestação é desconhecida ou negativa, é provável que a infecção tenha ocorrido na atual gestação.	Notificar o caso no Sinan. Se IgG e IgM em índices muito baixos, próximos do valor de referência do laboratório, iniciar espiramicina¹. Manter até esclarecer o risco de infecção. Repetir sorologia IgG e IgM após 2 a 3 semanas.	Se IgG persistir com índices muito baixos e estáveis, infecção provavelmente ocorrida antes da gestação. Discutir caso com Centro de Referência. Casos duvidosos: considerar como infecção aguda e proceder conforme IgM e IgG reagentes.
				Se IgG e IgM fortemente reagentes ou em elevação, iniciar esquema tríplice². Encaminhar ao pré-natal de alto risco. Realizar ecografia mensal ou bimensal.

Resultados		Interpretação	Conduta	
IgG não reagente	IgM reagente	Infecção muito recente ou IgM falso-positivo.	Iniciar tratamento com espiramicina¹. Notificar o caso no Sinan. Repetir sorologia IgG e IgM em 2 a 3 semanas.	Se IgG e IgM reagentes , confirma infecção aguda (soroconversão). Trocar tratamento para esquema tríplice². Encaminhar ao pré-natal de alto risco. Realizar ecografia mensal ou bimensal.
				Se IgG permanecer não reagente, mesmo com IgM reagente (ou não reagente) , considera-se IgM falso-positivo. Suspender tratamento. Repetir sorologia conforme gestantes suscetíveis, a cada 1 a 3 meses e no parto. Caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
Amostras subsequentes na gestante suscetível				
IgG reagente	IgM não reagente	Discordância no resultado de IgG.	Repetir sorologia.	Se IgG e IgM não reagentes , considera-se falso-positivo do IgG. Gestante suscetível. Repetir sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês) e no parto. Caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto. Se IgG reagente e IgM não reagente , infecção provavelmente muito antiga ou infecção aguda na ausência de IgM (rara). Discutir o caso com Centro de Referência. Manter orientações para prevenção da infecção. Manter pré-natal na APS. Atenção a alterações na evolução do pré-natal e avaliação do recém-nascido.
				Se IgG e IgM reagentes , incluir teste de avidéz de IgG (preferencialmente na mesma amostra). Provável infecção aguda se avidéz for baixa. Iniciar espiramicina. Discutir o caso com Centro de Referência.
IgG não reagente	IgM não reagente	Gestante suscetível.	Reforçar medidas de prevenção primária. Repetir sorologia a cada 1 a 3 meses e no parto.	Caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
IgG reagente	IgM reagente	Infecção aguda (soroconversão).	Encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar o caso no Sinan.	Até 16 semanas de gestação : iniciar tratamento com espiramicina. Manter a espiramicina até realização da amniocentese com 18 semanas de gestação. Se não for possível realizar amniocentese, substituir espiramicina por esquema tríplice e manter até o parto.

Resultados		Interpretação	Conduta
			A partir de 16 semanas de gestação: iniciar tratamento com esquema tríplice² até realização da amniocentese. Se não for possível realizar amniocentese, manter esquema tríplice até o parto. As infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo pelo qual a amniocentese pode ser dispensada no último trimestre de gestação, pois, independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com esquema tríplice até o parto. Ecografia fetal mensal ou bimensal.
IgG não reagente	IgM reagente	Infecção muito recente ou IgM falso-positivo.	Encaminhar ao pré-natal de alto risco. Notificar o caso no Sinan. Iniciar tratamento com espiramicina¹. Repetir sorologias IgG e IgM em 2 a 3 semanas. Se IgG e IgM reagentes, confirma infecção aguda (soroconversão). – Até 16 semanas de gestação: manter tratamento com espiramicina até realização da amniocentese com 18 semanas de gestação. Se não for possível realizar amniocentese, substituir espiramicina por esquema tríplice e manter até o parto. – A partir de 16 semanas de gestação: trocar tratamento para esquema tríplice² até a realização da amniocentese. Se não for possível realizar amniocentese, manter esquema tríplice até o parto. Encaminhar ao pré-natal de alto risco. Realizar ecografia mensal ou bimensal. As infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo pelo qual a amniocentese pode ser dispensada no último trimestre de gestação, pois, independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com esquema tríplice até o parto. Se IgG permanecer não reagente, mesmo com IgM reagente (ou não reagente), considera-se IgM falso-positivo. Suspender tratamento com espiramicina. Reforçar medidas de prevenção primária. Repetir sorologia conforme gestantes suscetíveis a cada 1 a 3 meses e no parto. Caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2022).

Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Atenção: diante de resultados indeterminados de IgG e/ou IgM, repetir o exame em nova amostra em 2 a 3 semanas, se possível, utilizando um teste mais sensível e confiável (ELFA, preferencialmente, ou ELISA).

¹ Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos, 8/8 h (nome comercial: Rovamicina® comprimido revestido com 1,5 MUI, que corresponde a 500 mg de espiramicina). Se a infecção fetal for confirmada no primeiro trimestre de gestação (alteração na ultrassonografia fetal), o que é raro: antes de 14 semanas de gestação, trocar para apenas sulfadiazina 500 mg, 2 comprimidos, 8/8 h ou 3 comprimidos, 12/12 h; após 14 semanas, iniciar diretamente com esquema tríplice ou acrescentar pirimetamina + ácido fólico, se já estiver usando a sulfadiazina.

² Esquema tríplice: pirimetamina 25 mg, 2 comprimidos, 1x/dia + sulfadiazina 500 mg, 2 comprimidos, 8/8 h ou 3 comprimidos, 12/12 h + 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.

³ Sulfadiazina 500 mg, 2 comprimidos, 8/8 h ou 3 comprimidos, 12/12 h.

⁴ Neste caso, mesmo que tenha ocorrido infecção na gravidez, o benefício do tratamento é duvidoso devido ao grande tempo transcorrido desde a infecção até o diagnóstico.

Quadro 16 – 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Carusi (2023).

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

² O 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.

Quadro 17 – Tratamento para verrugas virais em gestantes¹

Verrugas vulgares ou verrugas palmo-plantares:

- Medicamento à base de ácido salicílico (20%) e ácido láctico (15%) em solução colódio 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 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

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

² Alguns 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.

Quadro 18 – Tratamento para molusco contagioso em gestantes¹

- Pacientes com lesões genitais devem ser tratadas (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.

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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

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

² O 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.

Quadro 19 – 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 não tenha 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2017).

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

Quadro 20 – 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 (2024).

Quadro 21 – 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 critérios a seguir ¹ :
- Sinais ou sintomas de neurosífilis (como sintomas neurológicos, psiquiátricos, oftalmológicos ou otológicos); ou - evidência de sífilis terciária ativa (gomas sífilíticas, periostite, artrite ou aortite); ou - falha ao tratamento clínico adequado (descartada reinfecção): - não redução da titulação em 2 diluições no intervalo de 6 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 2 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

¹ Em 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.

Quadro 22 – 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:

- hepatomegalia;
- placentomegalia;
- anemia, com base na velocidade sistólica de pico da artéria cerebral média do Doppler > 1,5 múltiplos da mediana;
- polidrânio;
- 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 (2024), adaptado de Norwitz e Hicks (2024).

Quadro 23 – 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 periocular: ptose palpebral, entropião, estenose ou atresia do ducto lacrimal.
- Olhos: pequenos colobomas de íris, heterocromia *iridium*, 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, hipospadia, 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 (2024), adaptado de Vieira e Giugliani (2013) e Sucupira (2010).

Quadro 24 – 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 de intervenção cardíaca no período fetal ou neonatal	Condições com possível intervenção cardíaca no período fetal ou neonatal
• Alterações cardíacas: ○ Defeito septal atrioventricular parcial ○ Defeito septal atrioventricular completo balanceado ○ Comunicações interatriais ou interventriculares isoladas ○ Constricção prematura de canal arterial ○ Estenose aórtica e pulmonar de grau leve ○ Extrassístoles supraventriculares isoladas	• Alterações cardíacas graves: ○ Transposição das grandes artérias ○ Atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica ○ Coartação 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 displasia de tricúspide severa) ○ 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: ○ 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 (ex.: aneurisma da veia de Galeno)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Marcelo Brandão da Silva (Instituto de Medicina Fetal).

Quadro 25 – Percentil 95 para translucência nuchal (TN) conforme comprimento cabeça-nádega (CCN)

Comprimento cabeça nádega – CCN (mm)	Translucência nuchal – 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 (2018).

Quadro 26 – 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;
- oligodrânio;
- ascite fetal;
- edema de subcutâneo;
- derrame pleural;
- velocidade máxima do pico sistólico da artéria cerebral média > 1,5 desvio-padrão ou 1,5 múltiplo da mediana.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Zugaib (2019).

Quadro 27 – 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/ KTT, LDH
- Testes rápidos para hepatite B, C e HIV ou HBsAg, anti-HCV e anti-HIV
- Creatinina, proteinúria (relação proteinúria/creatininúria em amostra ou dosagem de proteinúria em 24h)
- Conforme suspeita clínica: TSH, vitamina B12, ácido fólico e FAN

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Martins-Costa, Ramos, Salazar e Glitz (2023).