

Protocolo Pré- Natal de Alto Risco e Fluxos

Novembro 2024



Protocolo do Pré-natal de Alto Risco e Fluxos

Araucária, 25 de novembro de 2024.

Versão 1



PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Hissam Hussein Dehaini

VICE-PREFEITO

Hilda Lukalski Seima

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Franciele de Souza Metka Grebos



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Bruno Rodelli Mendes Fontes

OUVIDORIA EM SAÚDE

Tatiane Vaz Storrer

DIREÇÃO GERAL

Lourival Brasil Felicio

DIREÇÃO TÉCNICA

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

DIREÇÃO ASSISTENCIAL

Lucas Foltz

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Regina Mendonça de Carvalho

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Juliana Contini

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Fernanda Mello Ribeiro

ELABORAÇÃO PROTOCOLO ALTO RISCO

Jeanna Gonzales Mayhofer - ginecologista/obstetra

Eliane Eclache Moreira de Camargo - ginecologista/obstetra pré natal alto risco

ELABORAÇÃO FLUXOS

Carlos Marcelo Guilgen

Dayane Cristina Duda Bitencourt

Karina Ueko Isobe

Lucilea dos Santos Canalli

Márcia Cristina Mantovani

Reinaldo Uesu

Rodrigo Fuga Fialho

Rosane Ornellas Joenck

Colaboração técnica

Carlos Marcelo Guilgen

Dayane Cristina Duda Bitencourt

Karina Ueko Isobe

Lucilea dos Santos Canalli

Márcia Cristina Mantovani

Reinaldo Uesu

Rodrigo Fuga Fialho

Rosane Ornellas Joenck

Rosimeri Luciana da Silva

Vanessa Sumiê Shimada Carraro

Diagramação e revisão

Márcia Cristina Mantovani (Revisão)

Karina Ueko Isobe (Formatação)

Direção de Planejamento e Gestão e Auditoria – DPGA

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sorologia para toxoplasma gondii.....	87
---	----

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Atendimento pré-natal de alto risco.....	24
Fluxograma 2: Seguimento ecográfico indicado para as gestações gemelares.....	63
Fluxograma 3: Malformações.....	79
Fluxograma 4: Conduta frente ao resultado do HbsAg na gestação.....	97
Fluxograma 5: Encaminhamento para endocrinologia.....	115
Fluxograma 6: Colposcopia.....	118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Exames de rotina pré-natal de alto risco.....	24
Quadro 2: Classificação da hipertensão arterial.....	29
Quadro 3: Medicções para o tratamento de hipertensão crônica.....	32
Quadro 4: Pacientes que devem receber profilaxia para pré-eclâmpsia.....	33
Quadro 5: IMC na gestação.....	35
Quadro 6: Hipotireoidismo.....	36
Quadro 7: Classificação Hipertireoidismo.....	38
Quadro 8: Principais causas hipertireoidismo.....	38
Quadro 9: Diagnóstico de diabetes gestacional.....	40
Quadro 10: Fatores de risco para diabetes gestacional.....	41
Quadro 11: Metas do controle glicêmico.....	42
Quadro 12: Tratamento da diabetes gestacional.....	43
Quadro 13: Classificação Diabetes Mellitus.....	45
Quadro 14: Medicamentos disponíveis para o Tratamento da anemia ferropriva em gestantes no município de Araucária.....	48
Quadro 15: Cálculo da dose de total para reposição de ferro.....	49
Quadro 16: Fatores trombifilia.....	50
Quadro 17: Risco de TEV.....	51
Quadro 18: Tratamento da trombofilia.....	52
Quadro 19: Critérios síndrome dos anticorpos antifosfolípides.....	53
Quadro 20: Fatores de risco preexistentes para tromboembolismo venoso na gestação (RCOG).....	55
Quadro 21: Fatores de risco obstétricos para tromboembolismo venoso na gestação (RCOG).....	56
Quadro 22: Fatores de risco transitórios para tromboembolismo venoso na gestação..	57
Quadro 23: Conduta de acordo com o escore – Protocolo RCOG.....	57
Quadro 24: Profilaxia tromboembolismo venoso.....	58
Quadro 25: Dosagem de enoxaparina.....	58
Quadro 26: Gemelaridade.....	61
Quadro 27: RCIU.....	65
Quadro 28: Alterações hemodinâmicas na gravidez e puerpério.....	71
Quadro 29: Estratificação do risco materno durante o ciclo gravídico-puerperal em função do tipo de doença cardíaca.....	72
Quadro 30: Terapêutica cardiovascular na gravidez.....	74
Quadro 31: Sintomas comuns às pacientes asmáticas.....	80
Quadro 32: Passo a passo do tratamento de manutenção.....	81
Quadro 33: Corticoesteroides inalatórios mais utilizados na prática clínica.....	81
Quadro 34: Associações β_2 -agonista + corticosteroide inalatório.....	81
Quadro 35: Tratamento crise asmática.....	82
Quadro 36: Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da bacteriúria assintomática na gestação.....	83

Quadro 37: Critérios para definição de caso durante a gestação de acordo com o Protocolo de Notificações e Investigações de Toxoplasmose Gestacional do Ministério da Saúde.....	86
Quadro 38: Via de parto HIV.....	91
Quadro 39: Esquema terapêutico da sífilis.....	93
Quadro 40: Esquema básico para o tratamento da TB.....	106
Quadro 41: Ganho de peso recomendado para a mãe durante a gestação.....	108
Quadro 42: Indicação e preparo para ultrassonografias.....	125
Quadro 43: Indicação e preparo para ultrassonografias.....	126

LISTA DE SIGLAS

AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides

Anti HCV – Anticorpo específico contra o vírus da hepatite C

Anti-TPO – Anticorpo contra a peroxidase tireoidiana

AU – Artéria umbilical

CCN – Comprimento cabeça nádega

CSMI – Clínica de Saúde da Mulher e Idoso

CV – Carga viral

DM – Diabetes mellitus

DMG – Diabetes mellitus gestacional

dt – Vacina dupla bacteriana tipo adulto (Difteria e tétano)

dTpa – Vacina tríplice bacteriana acelular tipo adulto (Difteria, tétano e coqueluche)

GBS – Streptococcus beta-hemolítico do grupo B

GJ – Glicemia de jejum

Hb: Hemoglobina

HbsAg – Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HPV – Papilomavírus humano

IgM – Imunoglobulina M

IgG - Imunoglobulina G

IMC – Índice de massa corporal

MS – Ministério da Saúde

PFE – Peso fetal estimado

PNAR – Pré Natal de Alto Risco

NIC – Neoplasia intraepitelial cervical

RCIU – Restrição de crescimento intra-útero

RhD – Fator Rhesus tipo D

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

Tarv – Terapia antirretroviral

TN – Translucência nugal

TOTG – Teste oral de tolerância a glicose

TPP – Trabalho de parto prematuro

TSH – Hormônio estimulador da tireoide

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	19
3. ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	20
3.1 Retorno.....	20
3.2 Patologias Atendidas.....	20
3.2 Exames da Rotina do Pré-natal.....	24
3.3 Ecografias.....	25
3.3.1 Primeira Ecografia - Datação.....	25
3.3.2 Segunda Ecografia - Ultrassonografia Obstétrica.....	25
3.3.3 Terceira Ecografia - Morfológica 2º Trimestre.....	26
3.3.4 Quarta Ecografia - Obstétrica Simples.....	26
3.3.5 Ecocardiograma Fetal.....	26
3.4 Vacinação.....	27
3.4.1 Tétano, Difteria e Coqueluche.....	27
3.4.2 Hepatite B.....	28
3.4.3 Influenza.....	28
3.4.4 Não Realizar.....	28
3.4.5 Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster.....	28
3.4.6 Imunoglobulina Anti-D.....	28
3.5 Distúrbios Hipertensivos.....	28
3.5.1 Seguimento.....	30
3.5.1.1 Hipertensão crônica.....	30
3.5.1.2 Pré-eclâmpsia.....	31
3.5.2 Tratamento.....	31
3.5.2.1 Hipertensão crônica.....	31
3.5.2.2 Pré-eclâmpsia.....	32
3.5.3 Interrupção Gestacional.....	32
3.5.3.1 Hipertensão crônica.....	32
3.5.3.2 Pré-eclâmpsia.....	33
3.6 Prevenção Pré-eclâmpsia.....	33
3.7 Obesidade.....	34
3.7.1 Seguimento.....	35
3.7.2 Tratamento.....	35

3.7.3 Interrupção Gestacional.....	36
3.8 Hipotireoidismo.....	36
3.8.1 Seguimento.....	36
3.8.2 Tratamento.....	37
3.8.2.1 Hipotireoidismo prévio.....	37
3.8.2.2 Hipotireoidismo clínico.....	37
3.8.2.3 Hipotireoidismo subclínico.....	37
3.8.2.4 Eutireoidismo com anti-TPO +.....	37
3.8.3 Interrupção Gestacional.....	37
3.9 Hipertireoidismo.....	37
3.9.1 Seguimento.....	39
3.9.2 Tratamento.....	39
3.9.2 Interrupção Gestacional.....	40
3.10 Diabetes Mellitus Gestacional.....	40
3.10.1 Seguimento.....	41
3.10.2 Tratamento.....	42
3.10.3 Interrupção Gestacional.....	44
3.11 Diabetes Mellitus Preexistente.....	44
3.11.1 Seguimento.....	45
3.11.1.1 Primeiro trimestre.....	45
3.11.1.2 Segundo trimestre.....	46
3.11.1.3 Terceiro trimestre.....	46
3.11.2 Tratamento.....	46
3.11.3 Interrupção Gestacional.....	46
3.12 Anemias.....	47
3.12.1 Seguimento.....	47
3.12.2 Tratamento.....	48
3.12.3 Interrupção Gestacional.....	49
3.13 Trombofilia Hereditária.....	49
3.13.1 Seguimento.....	51
3.13.2 Tratamento.....	52
3.13.3 Interrupção Gestacional.....	53
3.14 Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípides.....	53
3.14.1 Seguimento.....	54

3.14.2 Tratamento.....	54
3.14.3 Interrupção Gestacional.....	55
3.15 Tromboembolismo Venoso.....	55
3.15.1 Seguimento.....	55
3.15.2 Tratamento.....	57
3.16 Aloimunização RhD.....	58
3.16.1 Seguimento.....	58
3.16.2 Tratamento.....	59
3.16.3 Interrupção Gestacional.....	59
3.17 Aborto de Repetição.....	60
3.17.1 Tratamento.....	60
3.17.2 Interrupção Gestacional.....	60
3.18 Gemelaridade.....	60
3.18.1 Seguimento.....	61
3.18.2 Seguimento.....	62
3.19 Complicações em Gestações Gemelares.....	62
3.19.1 Seguimento para Gestações Gemelares.....	62
3.19.2 Seguimento Ecográfico.....	62
3.19.3 Complicações em Gêmeos Monocoriônicos.....	63
3.19.4 Complicações em Gêmeos Monoamnióticos.....	63
3.19.5 Rastreamento e Prevenção da Prematuridade.....	64
3.19.6 Óbito de um dos Fetos.....	64
3.19.7 Idade Gestacional do Parto.....	64
3.19.8 Condições em que se Recomenda a Realização de Cesárea.....	65
3.20 RCIU.....	65
3.20.1 Seguimento.....	66
3.20.1.2 RCIU Precoce.....	66
3.20.1.3 RCIU Tardia.....	67
3.20.2 Interrupção Gestacional.....	67
3.21 PIG.....	67
3.21.1 Seguimento.....	67
3.21.2 Interrupção Gestacional.....	67
3.22 Trabalho de Parto Prematuro.....	67

3.22.1 Seguimento.....	68
3.22.2 Tratamento (Prevenção).....	69
3.23 Incompetência Istmo-cervical.....	69
3.23.1 Seguimento.....	69
3.23.2 Tratamento.....	70
3.24 Placenta Prévia.....	70
3.24.1 Seguimento.....	70
3.24.2 Interrupção Gestacional.....	71
3.25 Cardiopatia Materna.....	71
3.25.1 Diagnóstico de Cardiopatia.....	72
3.25.2 Abordagem no Pré-natal.....	73
3.25.3 Dieta e Terapêutica Medicamentosa.....	73
3.25.4 Prevenção da Doença Reumática.....	74
3.25.5 Anticoagulação - Situações Especiais.....	75
3.25.6 Resolução da Gestação.....	75
3.25.7 Situações Específicas.....	75
3.25.7.1 Presença de marca-passo (MP) ou cardiodesfibriladores implantados – CDI.....	75
3.25.7.2 Infarto agudo do miocárdio – IAM durante a gestação.....	76
3.25.7.3 Miocardiopatia periparto.....	76
3.26 Malformação.....	77
3.26.1 Diagnóstico e Exames Complementares.....	78
3.26.2 Acolhimento do Casal.....	78
3.27 Asma.....	80
3.27.1 Classificação.....	80
3.27.2 Tratamento.....	80
3.27.2.1 Tratamento de manutenção.....	81
3.27.2.2 Tratamento de crise asmática.....	82
3.28 Infecção do Trato Urinário (ITU) na Gestação.....	82
3.28.1 Bacteriúria Assintomática – BA.....	83
3.28.2 Cistite.....	83
3.28.3 Pielonefrite.....	84
3.29 Toxoplasmose.....	85
3.29.1 Formas de Transmissão e Prevenção.....	85

3.29.2 Interpretação Sorológica e Conduta.....	85
3.29.3 Sorologia para Toxoplasmose Interpretação.....	86
3.29.4 Abordagem da Toxoplasmose na Gestação: Rastreio, Prevenção e Tratamento	87
3.29.5 Tratamento.....	87
3.29.5.1 Gestantes com sorologia IgM reagente e IgG não reagente.....	87
3.29.5.2 Sorologia IgM e IgG reagentes.....	88
3.29.6 Esquema Tríplice.....	88
3.30 HIV.....	89
3.30.1 Conduta obstétrica no pré-natal.....	89
3.30.1.1 História e exame físico inicial.....	89
3.31.1.2 Avaliação laboratorial inicial.....	89
3.30.2 Tratamento.....	90
3.30.3 Via de Parto.....	91
3.31 Sífilis Materna.....	91
3.31.1 Laboratório.....	92
3.31.2 Tratamento da Sífilis.....	93
3.31.3 Seguimento.....	93
3.32 Hepatites Virais.....	94
3.32.1 Hepatite A.....	94
3.32.1.2 Seguimento e conduta.....	95
3.32.2 Hepatite B.....	95
3.32.2.1 Conduta pr�-natal.....	95
3.32.3 Hepatite C.....	97
3.32.3.1 Seguimento e conduta.....	98
3.32.4 Hepatite D.....	98
3.32.5 Hepatite E.....	98
3.33 Infecções Genitais.....	99
3.33.1 Candidíase Vulvovaginal.....	99
3.33.2 Vaginose Bacteriana.....	100
3.33.3 Tricomon�fase.....	101
3.33.4 Clamídia e Gonorr�ia.....	102
3.33.5 Cancro Mole.....	103
3.33.6 Herpes Genital.....	103

3.33.7 Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV).....	104
3.34 Tuberculose.....	105
3.34.1 Particularidades da Tuberculose na Gravidez.....	106
3.35 Pré-natal Cuidados.....	107
3.35.1 Vitaminas.....	107
3.35.2 Dieta.....	107
3.35.2 Ganho de Peso.....	107
3.35.4 Cuidados Odontológicos.....	108
3.36.5 Vícios.....	108
3.35.6 Atividade Física.....	108
3.35.7 Emprego.....	109
3.35.8 Atividade Sexual.....	109
3.35.9 Viagem.....	109
3.35.9.1 Viagem aérea.....	109
3.36 Queixas Comuns.....	110
3.36.1 Náuseas e Vômitos.....	110
3.36.2 Constipação.....	110
3.36.3 Hemorroida.....	110
3.36.4 Rinite.....	110
3.36.5 Insônia.....	111
3.36.6 Varizes.....	111
3.36.7 Diarreia.....	111
3.36.8 Polaciúria.....	111
4. FLUXOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA O CENTRO DE SAÚDE DA MULHER.....	111
4.1 Endocrinologia.....	111
4.2 Nutrição.....	115
4.3 Colposcopia.....	116
4.4 Ultrassonografia.....	118
4.5 Ultrassonografia Transvaginal.....	120
4.6 Ultrassonografia Obstétrica.....	120
4.7 Ultrassonografia Obstétrica Morfológica.....	121
4.8 Ultrassonografia Obstétrica com Doppler.....	122
4.9 Ultrassonografia Pélvica.....	122

4.10 Ultrassonografia de Mamas.....	123
4.11 Ultrassonografia de Abdômen Total.....	123
4.12 Ultrassonografia de hipocôndrio direito e abdômen superior.....	124
4.13 Ultrassonografia de Tireoide.....	124
4.14 Ultrassonografia de Vias Urinárias.....	125
4.15 Coleta de GBS (Streptococcus b-hemolítico).....	126
5. FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO.....	127
5.1 Enfermagem.....	127
5.2 Psicologia.....	127
5.3 Grupo de Gestantes.....	128
6. REFERÊNCIAS.....	129
7. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	130

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Saúde da Mulher e do Idoso (CSMI) é uma Unidade da Atenção Especializada, inaugurado em 2003, que tem como missão prestar um atendimento de caráter assistencial humanizado e especializado à população idosa e às mulheres na fase gestacional que demandem atendimento de alto risco no município de Araucária. A despeito da multiplicidade de contextos e realidades sociais encontradas no município foi organizado um fluxograma do serviço prestado às gestantes, com base nas situações e perfis atendidos.

As gestantes de alto risco apresentam particularidades biopsicossociais que as diferenciam das gestantes de risco habitual, e por isso necessitam de um cuidado eficiente para que alcancem um parto sem distócias. Para um atendimento integral às gestantes, é ofertado no CSMI o atendimento do pré-natal de alto risco com o médico ginecologista/obstetra, nutricionista, endocrinologista, psicóloga, coleta do exame GBS (utilizado para identificar a presença de *Streptococcus b-hemolítico*), ultrassonografias, grupo de orientações e agendamento das consultas de retornos no alto risco e exames.

O objetivo deste documento consiste em subsidiar a discussão sobre a organização do cuidado ofertado às gestantes no Centro de Saúde da Mulher e do Idoso, através do Protocolo do Centro de Saúde da Mulher são estabelecidas recomendações para os profissionais de saúde sobre o funcionamento do fluxo ambulatorial.

2. PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Sabemos que a gestação implica em modificações no organismo materno para que a nova vida seja gerada. Estas modificações, já amplamente estudadas e motivo de vários livros, protocolos e artigos diariamente escritos estão disponíveis aos profissionais de saúde implicados no atendimento a gestante, porém com o dia a dia de todos trabalhadores de saúde com inúmeras atribuições estas pesquisas a estes conteúdos podem se perder ou não representar a realidade do atendimento do município de Araucária.

A equipe responsável pelo cuidado das gestantes do alto risco, na Clínica da Mulher e do Idoso (CSMI), reuniu-se e analisamos os protocolos do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA), da Mãe Curitibana e até de algumas instituições médicas hospitalares, com o intuito de trazer estes estudos à realidade do município e a nossa rede assistencial.

O nosso objetivo consiste em sistematizar e facilitar o acesso as informações aos nossos profissionais da rede, através de um protocolo de estratificação de quais

pacientes/ gestantes devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco, o seu devido fluxograma, e também um protocolo das principais patologias acompanhadas atualmente no pré-natal de alto risco e normatizar as condutas, padronizando nosso atendimento. Hoje contamos com quatro obstetras sendo responsáveis pelo cuidado das gestantes de modo compartilhado, existe um alto fluxo de atendimento e muitas vezes a possibilidade de ter seu acompanhamento realizado por somente um profissional não é possível devido a agenda de consultas, tal fato não prejudica o atendimento integral da gestante visto que as informações do prontuário ficam disponíveis no sistema IPM.

O protocolo define quais as gestantes devem ser encaminhadas já no início do pré- natal, logo no acolhimento, permitindo que este encaminhamento ocorra o mais rápido possível, melhorando o acesso destas pacientes as consultas necessárias.

Reiteramos também que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a célula mais importante a ser preservada, pois é o local de maior proximidade da residência de nossas gestantes, onde através da equipe e com o auxílio fundamental do Agente Comunitário de Saúde (ACS), poderá trazer informações muito importantes neste processo gestacional, por isso é de fundamental importância que todas as gestantes referenciadas ao alto risco mantenham o seu pré-natal também na UBS.

Esperamos que este protocolo ajude toda a equipe envolvida no atendimento, integral a gestante a se unir em rede, com elos fortes, com comprometimento e capacidade de resolução de problemas. Este protocolo é para estar à mão de todos para o uso no dia a dia do trabalho, como consultar ao fluxograma de encaminhamentos e até de condutas que devem ser ou foram tomadas no cuidado das nossas gestantes.

Nossa equipe da Clínica da Mulher está sempre a disposição de toda a rede assistencial de Araucária para a discussão de casos e resolução de situações que possam não estar contempladas neste protocolo.

3. ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

3.1 Retorno

- Até 28 semanas – mensal
- Entre 28 e 36 semanas - quinzenal
- Entre 36 e 40 semanas – semanal

3.2 Patologias Atendidas

Características individuais e condições socioeconômicas da gestante:

- Dependência de drogas ilícitas;
- Obesidade mórbida (IMC ≥ 40);

Condições Clínicas prévias à gestação:

- Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento;
- Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos do pós operatório) e/ou com comorbidades;
- Cirurgia uterina prévia fora da gestação;
- Colelitíase com repercussão na atual gestação;
- Diabetes mellitus tipo I e tipo II;
- Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional);

Doenças hematológicas:

- Doença falciforme (exceto traço falciforme);
- Outras hematopatias;
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras);
- Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ ou mamografia com classificação BIRADS ≥ 4 ;
- Hipertensão arterial crônica;
- Hipertireoidismo;
- Histórico de tromboembolismo;
- Má formação útero-vaginal;
- Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase em repercussão na atual gestação);
- Neoplasias;
- Pneumopatias descompensadas ou graves;
- Psicose ou depressão grave (para definição de gravidade, pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada);

História reprodutiva anterior:

- Aborto de repetição (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);
- Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores;

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:

- Anemia grave (Hemoglobina < 8);
- Diabetes gestacional insulino dependente;

Doenças infectocontagiosas:

- HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, influenza, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses;
- Sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
- Doença hemolítica perinatal;
- Gestação gemelar;
- Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) ou Pielonefrite na atual gestação (1 episódio);
- Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo);
- Incompetência Istmo-cervical;
- Má formação fetal confirmada;
- Macrosomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90 (utilizar Tabela de Hadlock);
- Oligodrâmnio ou polidrâmnio;
- Placenta acreta/acrestimo placentário;
- Placenta prévia (após 22 semanas);
- Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10 (utilizar Tabela de Hadlock);
- Síndromes hipertensivas na gestação: pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional;
- Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (após alta hospitalar);
- Tromboembolismo na gestação;
- Trombofilias na gestação;

- Senescência placentária com comprometimento fetal.

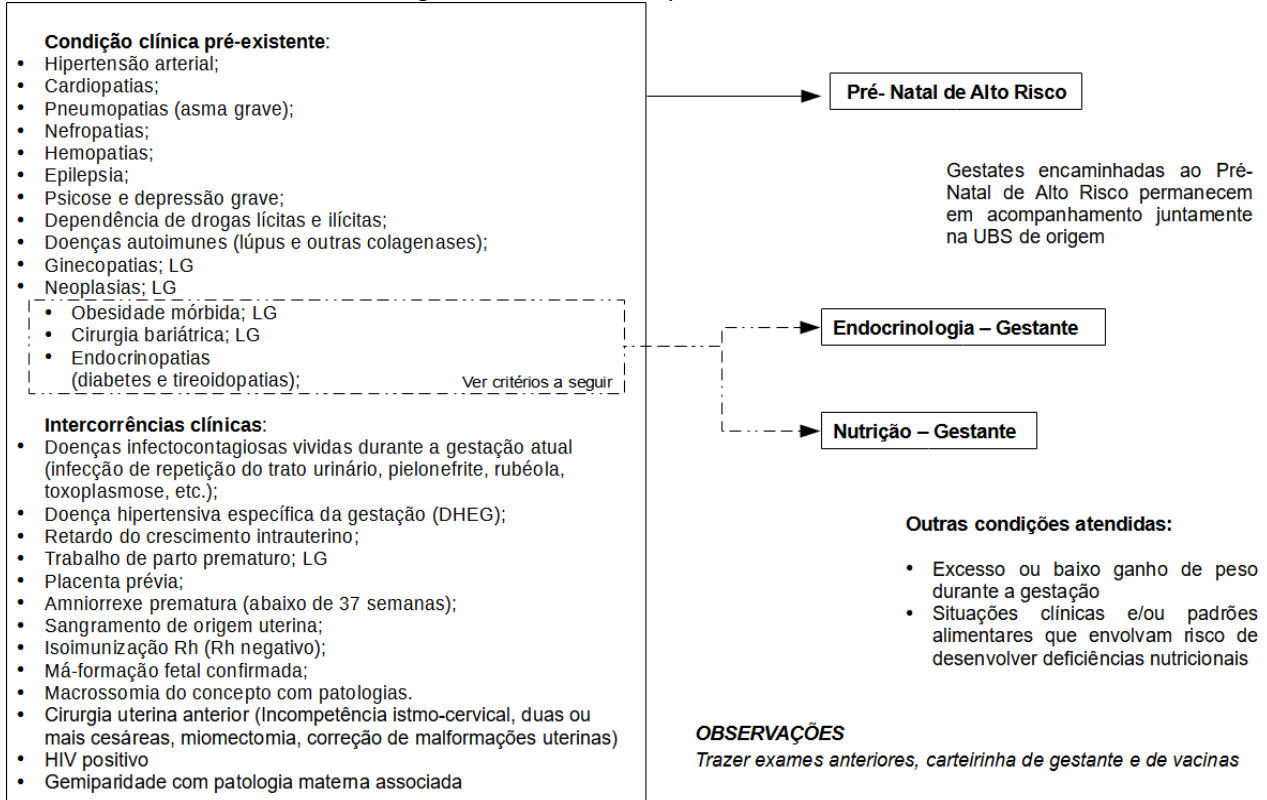
Observação: Gestantes com hipotireoidismo deverão manter acompanhamento na Unidade de Saúde juntamente com a endocrinologia gestante.

Prioridades de agendamento:

- Restrição de Crescimento Intrauterino;
- Oligoâmnio;
- Polihidrâmnio;
- Trabalho de parto prematuro;
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)/Pré-eclâmpsia;
- Diabetes não controlada;
- Diabetes insulinao-dependente;
- Alterações da função tireoideana;
- Mal formados;
- Comorbidades psiquiátricas descompensadas.

Todas as solicitações de consultas e exames dos médicos ginecologistas/obstetras que realizam os atendimentos às gestantes de alto risco são agendadas no Centro de Saúde da Mulher conforme disponibilidade das vagas e agendas internas do serviço para endocrinologia, nutricionista, psicologia, ultrassonografias e GBS. As demais especialidades e exames são enviadas para agendamento via central de regulação.

Fluxograma 1: Atendimento pré-natal de alto risco



Fonte: CSMI, 2020.

3.2 Exames da Rotina do Pré-natal

Quadro 1: Exames de rotina pré-natal de alto risco

Exames	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Tipagem sanguínea ABO/Rh	X		
Teste indireto de antiglobulina humana (coombs indireto)- se Rh negativo	X	X	
Hemoglobinas variantes	X		
Hemograma completo	X	X	X
Glicemia em jejum	X		X

TOTG 75g - 3 dosagens (se paciente sem diagnóstico de DM no 1o trimestre- não solicitar para bariátricas)		X	
TSH	X		
Anti-HIV 1 e 2	X	X	X
Anti-HCV	X		
HBSAg	X		
Toxoplasmo se IGG/IGM- repetir nos 3 trimestres se suscetível	X	X	X
Sífilis	X	X	X
HTLV 1 e 2 (contraindica amamentação)			X
GBS			X
Citopatológico - colo uterino		X (preferir)	
Ecografia obstétrica	Datação e Obstétrica com TN e osso nasal	Morfológica 2º trimestre	Obstétrica para biometria (34 semanas)

Fonte: CSMI, 2020.

3.3 Ecografias

3.3.1 Primeira Ecografia - Datação

Quando o embrião é evidente, o CCN $\leq 8 + 6$ semanas de gestação é o parâmetro biométrico mais preciso para a datação da gravidez (± 5 dias). A precisão do CCN cai ligeiramente com uma margem de erro de ± 7 dias entre $9 + 0$ e $13 + 6$ semanas.

3.3.2 Segunda Ecografia - Ultrassonografia Obstétrica

Solicitar ecografia obstétrica e na recomendação pedir análise de TN+ Osso Nasal + Doppler de artérias uterinas para as pacientes com fatores de risco.

- Realizar entre 11 semanas – 13 + 6 semanas.

- Indicações: Idade >35 anos, má formação anterior/ alterações cromossômicas, história familiar, abortamento habitual, história de restrição de crescimento anterior e pré- eclâmpsia anterior.

3.3.3 Terceira Ecografia - Morfológica 2º Trimestre

Estudo detalhado da anatomia fetal, rastreamento morfológico do coração fetal, dopplerfluxometria colorida das artérias uterinas para cálculo de risco de pré- eclâmpsia e medida do colo uterino por via transvaginal para avaliação de risco de trabalho de parto prematuro.

- Realizar entre 20-24 semanas (preferência 22 semanas).
- Indicações: Idade avançada; Obesidade; Má formação em gestação anterior; História familiar de má formação; Consanguinidade; Doença materna não controlada; Abuso de álcool e drogas/ medicamentos teratogênicos; Alteração de volume de líquido amniótico; Óbito fetal em gestação anterior

3.3.4 Quarta Ecografia - Obstétrica Simples

Avaliar biometria fetal.

- Realizar com 34 semanas.

3.3.5 Ecocardiograma Fetal

(obrigatório observada a disponibilidade orçamentária a partir da lei 14.598 de 14/06/2023)

Ideal 28 semanas

- Indicações (risco basal > 1%)
- Diabetes mellitus pré-gestacional materno diabetes mellitus franco diagnosticado no primeiro trimestre.
- Fenilcetonúria materna.
- Auto-anticorpos maternos (SSA/SSB).
- Teratógenos cardíacos maternos (ex. Talidomida, Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina, Ácido Retinóico, AINEs, Anticonvulsivantes, Lítio, Vitamina A, Paroxetina).

- Infecção materna no primeiro trimestre da rubéola.
- Infecção materna com suspeita de miocardite fetal devido à fraca contratilidade ou derrame cardíaco no padrão de quatro câmaras (relacionadas a infecções virais maternas como coxsackie, adenovírus, citomegalovírus, parvovírus B19).
- Gravidez concebida pela tecnologia de reprodução assistida.
- Cardiopatia congênita em parente de primeiro/segundo grau (materno, paterno ou irmão).
- Parente de 1o ou 2o grau com doença coronariana associada à herança mendeliana (ex. Noonan, esclerose tuberosa, Holt-Oram, síndrome velocardiofacial DiGeorge/ deleção 22q11, síndrome de Alagille, síndrome de Williams).
- Anormalidade cardíaca fetal (estrutural, funcional, arritmia) suspeita em ultrassonografia obstétrica.
- Anormalidade fetal não cardíaca (SNC, hérnia diafragmática, gastrointestinal, fístula traqueoesofágica, onfalocele, genitourinária, artéria umbilical única, VCS esquerda).
- Teste genético fetal alterado.
- Taquicardia ou bradicardia fetal ou ritmo cardíaco irregular frequente ou persistente.
- Translucência nucal aumentada > percentil 95 no ultrassom do primeiro trimestre.
- Gemelar monocoriônico.
- Hidropsia fetal.

3.4 Vacinação

3.4.1 Tétano, Difteria e Coqueluche

Em gestantes previamente vacinadas, fazer uma dose de dTpa a partir de 20 semanas. Em gestantes que receberam uma dose de vacina contendo o componente

tetânico, realizar 1 dose de dT e 1 dose de dTpa, respeitando o intervalo de um mês entre as doses.

Em gestantes que receberam 2 doses de vacina contendo o componente tetânico, realizar 1 dose de dTpa a partir de 20 semanas.

Em gestantes não vacinadas ou sem histórico conhecido, realizar 2 doses de dT e 1 dose de dTpa. Respeitado o intervalo de um mês entre as doses.

3.4.2 Hepatite B

Se imunizada, não vacinar. Se esquema incompleto, completar conforme o número de doses faltantes. Realizar após as 14 semanas.

3.4.3 Influenza

Dose única anual, recomendada mesmo no primeiro trimestre de gestação.

3.4.4 Não Realizar

Tríplice viral, HPV, varicela e dengue.

3.4.5 Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster

Realizar em gestantes suscetíveis que tiveram contato com o doente por pelo menos 1 hora em ambiente fechado. Administrar em até 5 dias da exposição, dose única, intramuscular, 125 UI para cada 10 kg (máximo 625 UI).

3.4.6 Imunoglobulina Anti-D

Administrar imunoglobulina anti-RhD entre 28ª e 34ª semana de gestação para toda a gestante RhD negativo, com teste de Coombs indireto negativo e parceiro RhD positivo ou desconhecido. Registrar a data da administração no prontuário e na carteira de pré-natal.

3.5 Distúrbios Hipertensivos

Quando a hipertensão é diagnosticada em uma mulher grávida, as principais questões são:

- Estabelecer um diagnóstico.
- Decidir o valor da pressão arterial em que o tratamento deve ser iniciado.

- Avaliar o valor da pressão arterial alvo.
- Evitar drogas que possam afetar adversamente o feto.

Quadro 2: Classificação da hipertensão arterial

Classificação	
Hipertensão arterial: diagnóstico	Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em pelo menos 2 ocasiões com intervalo de 4 horas. • Leve: PA sistólica ≥ 140 e < 150 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 e < 100 mmHg. • Moderada: PA sistólica entre ≥ 150 e < 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 100 e < 110 mmHg. • Grave: PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg.
Hipertensão crônica	PA $\geq 140/90$ antes de 20 semanas de gestação ou que persiste 12 semanas após o parto. *** Mulheres com história de hipertensão por muitos anos devem ser avaliadas para lesões de órgãos-alvo, incluindo hipertrofia ventricular, retinopatia e doença renal.
Hipertensão crônica com pré- eclâmpsia sobreposta	Aumento repentino na pressão arterial que era anteriormente bem controlada ou uma escalada da terapia anti- hipertensiva para controlar a pressão arterial. Novo início de proteinúria ou aumento súbito de proteinúria em uma paciente com proteinúria conhecida antes ou no início da gravidez- em especial aumento superior a 3 x o valor inicial. Ocorrência de disfunção de órgão-alvo.
Hipertensão gestacional	Hipertensão arterial em uma mulher previamente normotensa após 20 semanas de gestação, sem proteinúria associada e sem sinais de gravidade de pré eclâmpsia.
Pré- eclâmpsia	Hipertensão arterial em uma mulher previamente normotensa após 20 semanas de gestação associada a proteinúria ou lesão de órgão alvo. Proteinúria: ≥ 300 mg de proteinúria em 24h ou relação proteína: creatinina $\geq 0,3$ mg/dL ou 1+ proteína persistente em fita. Lesão de órgão alvo: plaquetas < 100.000; creatinina $> 1,1$ ou o dobro da basal; níveis séricos de transaminases duas vezes o normal; cefaléia, distúrbios visuais, convulsões; edema pulmonar.
Pré- eclâmpsia com	Qualquer um desses achados em um paciente com pré- eclâmpsia: • Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg

sinais de gravidade	em 2 ocasiões num intervalo de 15 minutos. • Plaquetopenia (plaquetas <100.000). • Função hepática prejudicada, níveis de transaminases hepáticas pelo menos duas vezes a concentração normal ou dor grave persistente no quadrante superior direito ou dor epigástrica que não responde à medicação e não é explicada por diagnósticos alternativos, ou ambos. • Insuficiência renal progressiva (creatinina > 1,1 mg/dL ou aumento em 2 x do valor basal). • Oligúria: diurese inferior a 500 ml em 24 horas. • Dor torácica. • Edema pulmonar. • Perturbações cerebrais ou visuais persistentes (ex. cefaléia/ escotomas). • Eclâmpsia. Síndrome HELLP.
Eclâmpsia	Em um paciente com pré-eclâmpsia, convulsões generalizadas que não podem ser atribuídas a outras causas.
Síndrome HELLP	Refere-se à associação de hemólise, comprometimento hepático e consumo de plaquetas em pacientes com pré-eclâmpsia. Hemólise confirmada pela presença de esquizócitos e equinócitos em sangue periférico e/ou elevação de LDH ≥ 2 x o maior valor do laboratório e/ou bilirrubina indireta > 1,2 mg/dL. Pode ser observada também a queda dos níveis séricos de haptoglobina abaixo de 25 mg/dL. Comprometimento hepático avaliado a partir da elevação de TGO/TGP ≥ 2 x o maior valor do laboratório. Plaquetopenia < 100.000/mm³.

Fonte: BRASIL, 2022.

3.5.1 Seguimento

3.5.1.1 Hipertensão crônica

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais e profilaxia de pré-eclâmpsia.
- A avaliação clínica deve incluir pressão arterial e frequência cardíaca basais e um exame físico geral, incluindo ausculta cardiopulmonar e avaliação de quaisquer sinais de disfunção cardíaca (isto é, cianose, hepatomegalia, distensão venosa jugular, edema pulmonar).

- Solicitar (se não obtidos nos últimos seis meses): creatinina, relação proteína/creatinina na urina ou proteinúria 24 horas, TGO/TGP, plaquetas.
- Outros exames como fundo de olho, eletrocardiograma, ecocardiograma, radiografia de tórax, ultrassonografia renal, devem ser reservados para casos isolados e solicitados de forma individualizada.
- É recomendado realizar profilaxia de pré-eclâmpsia para gestantes hipertensas crônicas.

Ultrassonografia

- Ideal realizar ecografia obstétrica mensal para acompanhamento de biometria fetal a partir de 24 semanas. Em casos suspeitos de restrição de crescimento, deve ser solicitado doppler obstétrico.

3.5.1.2 Pré-eclâmpsia

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais
- A pressão arterial deve ser medida duas vezes ao dia em casa e pelo menos duas vezes por semana no consultório (UBS e GAR).
- Monitorar periodicamente alterações laboratoriais (hemograma, função renal e hepática). Recomenda-se a reavaliação semanal ou diante de alterações clínicas e/ou descontrole pressórico.

Ultrassonografia

- Ideal realizar ecografia obstétrica mensal para acompanhamento de biometria fetal a partir do diagnóstico de pré-eclâmpsia. A avaliação através do doppler obstétrico depende da suspeita de restrição de crescimento fetal, oligodrâmnio, hipertensão sem controle.

3.5.2 Tratamento

3.5.2.1 Hipertensão crônica

É ideal iniciar o tratamento para as pacientes com hipertensão moderada (em especial se houver lesão de órgão-alvo). Utilizar como meta os valores 120 a 150/80 a 95 mmHg. As medicações anti-hipertensivas que podem ser usadas na gestação, seguem em quadro abaixo.

Quadro 3: Medicações para o tratamento de hipertensão crônica

Agente	Posologia
Metildopa (comprimidos de 250 e 500 mg)	750 a 2000 mg/dia (2 a 4x/dia)
Clonidina (comprimidos de 0,1 e 0,2 mg)	0,2 a 0,6 mg/dia (2 a 3x/dia)
Nifedipino retard (comprimidos de 10 e 20 mg)	20 a 120 mg/dia (1 a 3x/dia)
Nifedipino de liberação rápida (comprimidos de 10 e 20 mg)	20 a 60 mg/dia (2 a 3x/dia)
Anlodipino (comprimidos de 2,5, 5 e 10 mg)	5 a 20 mg/dia (1 a 2x/dia)
Hidralazina (drágeas de 25 e 50 mg)* 3 escolha	50-150 mg/dia (2 a 3x/dia)
Metoprolol (comprimidos de 25, 50 e 100 mg)* 3 escolha	100 a 200 mg/dia (1 a 2 x/dia)
Carvedilol (comprimidos de 6,25 e 12,5 mg)* 3 escolha	12,5 a 50 mg/dia (1 a 2 x/dia). Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e a partir de então aumentar a dose

Fonte: BRASIL, 2022.

3.5.2.2 Pré-eclâmpsia

A decisão de introduzir anti-hipertensivo deve considerar os riscos e benefícios para a mãe e o feto, considerando-se o valor da pressão arterial o fator mais importante: em hipertensão arterial leve ou moderada adota-se abordagem prudente, que também considera as comorbidades e sintomas da paciente (cefaleia, distúrbios visuais e gástricos), uma vez que os benefícios e riscos potenciais do tratamento não estão claros, já na hipertensão arterial grave o tratamento é sempre recomendável. As medicações utilizadas são as mesmas citadas no quadro acima.

3.5.3 Interrupção Gestacional

3.5.3.1 Hipertensão crônica

- Para pacientes com hipertensão crônica bem controlada com medicações (mantendo PAD entre 90-100 mmHg), parto com 40 semanas.
- Para pacientes com hipertensão crônica moderada (mantendo PAD entre 100-110 mmHg), parto com 38 semanas.

- Para pacientes com hipertensão crônica grave (mantendo PAD acima de 110 mmHg), parto com 37 semanas ou antes dependendo da indicação clínica.

3.5.3.2 Pré-eclâmpsia

- Recomenda-se que a conduta seja expectante somente até a 37ª semana

3.6 Prevenção Pré-eclâmpsia

As intervenções recomendadas e que podem resultar em redução dos riscos de desenvolver pré-eclâmpsia são: o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e a suplementação de cálcio.

- Para prevenção de pré-eclâmpsia é recomendado iniciar ácido acetilsalicílico na dose de 100 mg (81-150 mg) por dia ao deitar, começando após as 12 semanas e interrompendo com 36 semanas. Em mulheres brasileiras, tendo em vista a baixa ingestão de cálcio e a dificuldade na dosagem deste elemento, recomenda-se a suplementação de 1 a 2 g de carbonato de cálcio ao dia ou 2,0 a 4 g de citrato de cálcio ao dia, em doses fracionadas (Ex: 500 mg de carbonato de cálcio 3x/dia ou 1 g de citrato de cálcio 3x/dia).
- Abaixo segue uma quadro mostrando as pacientes que devem receber profilaxia para pré-eclâmpsia: mulheres que apresentam um fator de risco alto ou dois ou mais fatores de risco moderado.

Quadro 4: Pacientes que devem receber profilaxia para pré-eclâmpsia

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
ALTO	• História de pré-eclâmpsia prévia. • Gestação múltipla. • Obesidade (IMC $\geq$ 30). • Hipertensão arterial crônica. • Diabetes tipo 1 ou 2. • Doença renal. • Doenças autoimunes.
MODERADO	• Nuliparidade. • História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e ou irmãs). • Baixo nível socioeconômico.

	• Etnia afrodescendente. • Idade ≥ 35 anos. • História pessoal de baixo peso ao nascer. • Gravidez prévia com desfecho adverso. • Intervalo > 10 anos desde a última gestação.
Marcadores biofísicos e químicos	Requerem a determinação da pressão arterial média, um exame de ultrassom entre 11 e 13 semanas para o índice de pulsatilidade da artéria uterina, testes laboratoriais adicionais (por exemplo, PAPP-A, ADAM-12, PP-13, ácido úrico, leptina, homocisteína, sFlt-1 e PIFP). Custo adicional *.

Fonte: FEBRASGO, 2024

3.7 Obesidade

A obesidade é o problema mais comum em obstetrícia, devido a sua alta prevalência em mulheres na idade reprodutiva.

A obesidade é definida pelo IMC ≥ 30 kg/m² e é subdividida em classe 1 (IMC de 30 a 34,9 kg/m²), classe 2 (IMC de 35 a 39,9 kg/m²), classe 3 (IMC de 40 a 49,9 kg/m²) e superobesidade (IMC ≥ 50 kg/m²).

O ganho de peso gestacional deve ser foco de muita atenção, pois mulheres com sobrepeso e obesidade pré-gestacionais são mais suscetíveis ao excesso de ganho ponderal na gestação. Esse está diretamente associado a resultados adversos, como risco de desenvolver diabetes gestacional, diabetes tipo 2 e desordens hipertensivas, além de repercussões a curto e longo prazo em seu conceito, como macrossomia fetal, síndrome metabólica e obesidade na infância.

Quadro 5: IMC na gestação

IMC pré-gestacional	Ganho de peso em Kilos
Baixo peso (<18,5 kg/m ²)	12,5 a 18,0
Peso normal (18,5 a 24,9 kg/m ²)	11,5 a 16
Excesso de peso (25 a 29,9 kg/m ²)	7 a 11,5
Obesidade (≥ 30 kg/m ²)	5 a 9

* Os cálculos assumem um ganho de peso de 0,5 a 2 kg no primeiro trimestre.

* Os valores são diferentes em gestações múltiplas.

Fonte: SESA, 2022

3.7.1 Seguimento

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais
- Avaliar o peso materno e IMC.
- Avaliar a pressão arterial com manguito adequado.
- Suspender medicações para emagrecer.
- É recomendado realizar profilaxia de pré-eclâmpsia para gestantes obesas.
- Rastrear diabetes- igual rastreio para não gestantes.
- Ultrassonografia.
- Realizar as ecografias padrões.
- Solicitar ecocardiografia fetal, a menos que a avaliação ultrassonográfica obstétrica morfológica no corte quatro câmaras seja ideal e normal.

3.7.2 Tratamento

- Orientar ganho de peso e encaminhar ao nutricionista.
- Orientar atividade física: 30 minutos de exercício de moderada intensidade pelo menos cinco a sete dias por semana. Mulheres grávidas que não praticam exercícios regularmente devem seguir uma progressão gradual de aumento da duração do exercício e devem começar com apenas 10 minutos. Utilizar o "teste da fala", no qual o indivíduo deve ser capaz de manter uma conversa normal para determinar a intensidade moderada do exercício.

3.7.3 Interrupção Gestacional

- A gestação pode ser interrompida com 41 semanas se não existirem demais comorbidades.

3.8 Hipotireoidismo

O hipotireoidismo materno é definido na presença de TSH elevado e T4 livre reduzido durante a gestação, utilizando-se os parâmetros específicos para cada trimestre. Estudos mostram que 2% a 3% de mulheres não grávidas saudáveis em idade reprodutiva apresentam TSH elevado.

A pesquisa de doenças da tireoide no pré-natal justifica-se por acometerem mulheres em sua fase reprodutiva e o diagnóstico ser difícil, já que os sinais e sintomas, tais como fadiga, sonolência, obstipação e câimbras serem confundidos com sintomas da gravidez.

Quadro 6: Hipotireoidismo

Hipotireoidismo	
Clínico (evidente)	TSH elevado e T4 livre baixo
Subclínico	TSH elevado e T4 livre normal
Hipotiroxinemia materna	T4 livre baixo isolado

Fonte: BRASIL, 2022.

3.8.1 Seguimento

- Testes laboratoriais
- Para pacientes com TSH entre 2,5 e 4,0 mU/L, deve ser solicitado os anticorpos antiperoxidase (TPO). Se o resultado vier positivo, é recomendado tratamento. Se vier negativo, não é necessário tratar.
- Para pacientes com TSH $\geq 4,0$ (ou $\geq$ limite superior da referência do laboratório para cada trimestre), é recomendado o tratamento independente do status do anticorpo TPO. Deve ser solicitado o T4 livre para determinar se o hipotireoidismo é clínico ou subclínico.
- Para pacientes com TSH normal e T4 livre baixo, não há necessidade de tratamento.

- Deve ser solicitado TSH e T4 livre a cada quatro semanas durante a primeira metade da gravidez porque frequentemente são necessários ajustes de dose. E após, pode ser avaliado uma vez a cada trimestre. O objetivo é manter o TSH na metade inferior do intervalo de referência específico do trimestre, se não estiver disponível, uma meta de TSH de $<2,5$ mU/L é razoável.

Ultrassonografia

- Realizar as ecografias padrões.

3.8.2 Tratamento

3.8.2.1 Hipotireoidismo prévio

- Deve-se aumentar dois comprimidos por semana ou a dose diária em 25% a 30%.

3.8.2.2 Hipotireoidismo clínico

- TSH > 4 mU/L (ou $\geq$ limite superior específico do trimestre do normal), com T4 livre baixo.
- Tratamento com levotiroxina, doses de 1.6–1.8 $\mu\text{g}/\text{kg}$.

3.8.2.3 Hipotireoidismo subclínico

- TSH > 4 mU / L, com T4 livre normal.
- Tratamento com levotiroxina, dose de 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$.

3.8.2.4 Eutireoidismo com anti-TPO +

- TSH entre 2,5 e 4 um/L e anti-TPO +.
- Uma dose de levotiroxina de 50 $\mu\text{g}/\text{dia}$ é usualmente efetiva para o tratamento.

3.8.3 Interrupção Gestacional

- A gestação pode ser interrompida com 41 semanas se não existirem demais comorbidades.

3.9 Hipertireoidismo

O hipertireoidismo evidente (concentrações baixas de TSH, elevadas de T4 e/ou T3) é relativamente incomum durante a gravidez, ocorrendo em 0,1 a 0,4% de todas as gestações.

- Sintomas: taquicardia, intolerância ao calor, sudorese, ansiedade, tremor nas mãos, perda de peso, apetite aumentado, bócio e oftalmopatia.

Quadro 7: Classificação Hipertireoidismo

Classificação	Laboratorial	Complicações
Hipertireoidismo evidente	TSH baixo, T4 e/ou T3 livres aumentados ou T4 e T3 totais que excedem 1,5 vezes a faixa de não grávidas	Aborto espontâneo, TPP, baixo peso de nascimento, natimorto, pré-eclâmpsia, insuficiência cardíaca
Hipertireoidismo subclínico	TSH baixo, T4 e T3 livres normais u ou T4 e T3 totais que são menores que 1,5 vezes a faixa de não grávidas	Sem resultados adversos
T4 livre no limite superior da normalidade	T4 livre no limite superior, TSH normal	Sem resultados adversos

Fonte: BRASIL, 2022.

Quadro 8: Principais causas hipertireoidismo

Principais causas	
Doença de Graves	É uma síndrome que pode consistir em hipertireoidismo, bócio, doença ocular e, ocasionalmente, uma dermopatia referida como mixedema pré-tibial ou localizado. Solicitar TRAB.
Tireotoxicose transitória gestacional	TSH levemente baixo e T4 livre ligeiramente elevado ou normal devido ao aumento do B-HCG, com melhora entre 14-18 semanas.

Fonte: BRASIL, 2022.

3.9.1 Seguimento

- Testes laboratoriais
- Solicitar TSH e T4 livre ou total a cada 4 semanas e se houver troca de medicação a cada 2 semanas
- Solicitar TRAb no momento do diagnóstico, entre 18 e 22 semanas e entre 30-34 semanas (o feto tem maior possibilidade de ter hipertireoidismo de Graves quando o valor materno é mais de 3-5 vezes o limite superior ao valor de referência).
- Solicitar hemograma completo e perfil hepático antes de iniciar as tionamidas.

Ultrassonografia

- Realizar as ecografias padrões. Atenção na frequência cardíaca fetal e no crescimento.

3.9.2 Tratamento

- Quem tratar? Mulheres com hipertireoidismo evidente sintomático moderado a grave devido à doença de Graves, adenoma tóxico, bócio multinodular tóxico ou doença trofoblástica gestacional.
- Quem não tratar? Paciente com hipertireoidismo subclínico leve ou transitório, tireotoxicose transitória gestacional, hipertetireoidismo associado à hiperêmese gravídica.
- Qual objetivo do tratamento? Manter o hipertireoidismo materno leve (minimizar o risco de hipotireoidismo no feto).
- Para controle dos sintomas: metoprolol 25-50 mg por dia ou propranolol 20 mg a cada 6-8 horas, descontinuar (ou reduzir) o tratamento em 2-6 semanas após o controle dos sintomas pelas tionamidas.
- Para tratamento: no primeiro trimestre utilizar propiltiouracil (PTU), o metimazol (tapazol) pode ser usado a partir do segundo trimestre. Iniciar o tratamento com PTU 50 mg 2-3 vezes ao dia ou metimazol 5 a 10 mg por dia. Proporção: o metimazol é 20 a 30 vezes mais potente que o PTU.

- Lembrar que várias pacientes que recebem terapia antitireoidiana por doença de Graves gradualmente entram em remissão e permanecem eutireóideas, portanto uma opção quando a gravidez é diagnosticada em mulher recebendo antitireoidianos que estão em remissão é suspender a medicação e realizar repetidos testes de função tireoidiana durante o primeiro trimestre de gravidez.

3.9.2 Interrupção Gestacional

- A gestação pode ser interrompida com 41 semanas se não existirem demais comorbidades.

3.10 Diabetes Mellitus Gestacional

A gravidez é acompanhada por resistência à insulina, mediada principalmente pela secreção placentária de hormônios diabetogênicos, incluindo hormônio do crescimento, hormônio liberador de corticotropina, lactogênio placentário, prolactina e progesterona. Essas e outras alterações metabólicas, que geralmente são mais proeminentes no terceiro trimestre, garantem que o feto tenha um amplo suprimento de nutrientes.

O diabetes mellitus gestacional (DMG) se desenvolve em mulheres grávidas cuja função pancreática é insuficiente para superar a resistência à insulina associada ao estado de gravidez. Entre as principais consequências do DMG estão o aumento do risco de pré-eclâmpsia, de fetos GIG e de parto cesáreo e suas morbidades associadas. O principal fator de risco para o desenvolvimento de DM2 e síndrome metabólica é o DMG.

Quadro 9: Diagnóstico de diabetes gestacional

Diagnóstico	
Idade gestacional	Critério
Até 20 semanas	<i>Glicemia em jejum:</i> Até 92 mg/dL - Normal (realizar TOTG entre 24 e 28 semanas, se fatores de risco)
	Entre 92-125 mg/dL - DMG ≥126 mg/dL - Diabetes Mellitus
Entre 24-28 semanas	TOTG 75 g: <i>Jejum:</i>

	até 92 mg/dL - Normal Entre 92 e 125 mg/dL - DMG ≥126 mg/dL - Diabetes Mellitus após 1 hora até 180 mg/dL - Normal ≥ 180 mg/dL - DMG após 2 horas até 153 mg/dL - Normal Entre 153 e 199 mg/dL - DMG ≥ 200 mg/dL - Diabetes Mellitus
--	--

Fonte: BRASIL, 2022.

Quadro 10: Fatores de risco para diabetes gestacional

Fatores de risco (fazer TOTG 75 g- se GJ antes das 20 semanas normal)
• Idade superior a 25 anos; • Obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação; • Deposição central excessiva de gordura corporal; • Histórico familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; • Baixa estatura (<1,50m); • Crescimento fetal excessivo; • Polidrâmnio; • Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; • Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrosomia ou de diabetes gestacional.

Fonte: BRASIL, 2022.

3.10.1 Seguimento

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais
- O monitoramento glicêmico deve ser realizado em jejum e pós-prandial, inicialmente 4 x ao dia. Sugestão: jejum, 1 hora e 2 horas após o almoço OU jejum e 1 hora após café/almoço/jantar.

- Se o controle glicêmico permanecer adequado, a monitorização por ser a cada 2 dias ou a critério do médico assistente.
- Se houver alteração em 30% dos valores a terapia medicamentosa deve ser iniciada, preferencialmente com insulina. O monitoramento glicêmico deve ser mais rigoroso. Sugestão: jejum, 1 hora após café/almoço/jantar, madrugada.

Quadro 11: Metas do controle glicêmico

Metas (mg/dL)	
Jejum	< 95
1 hora pós-refeição	< 140
2 horas pós-refeição	< 120
Pré-prandial ou madrugada	< 100

Fonte: BRASIL, 2022.

A hemoglobina glicada pode ser um teste auxiliar útil na avaliação do controle glicêmico durante a gravidez, em especial para avaliar se há discrepância entre os valores glicêmicos apresentados e o quadro clínico da paciente.

Ultrassonografia

Para as pacientes com bom controle glicêmico e sem necessidade de medicamento, realizar as ecografias padrões.

Para as pacientes que apresentam controle glicêmico subótimo e/ou usam medicações, realizar ecografia para biometria fetal a cada 4 semanas a partir de 28 semanas e considerar a realização de cardiotocografia semanal a partir de 32 semanas e 2 vezes na semana a partir de 36 semanas.

3.10.2 Tratamento

Dieta

A dieta é importante para que se consiga adequado controle glicêmico; 70% a 85% das mulheres com diabetes gestacional atinge controle glicêmico com a terapia nutricional.

Para cálculo das necessidades calóricas diárias, avalia-se o peso corporal ideal durante a gravidez; mulheres com peso adequado necessitam de 30 kcal/kg/dia, mulheres com

sobrepeso, de 25 kcal/kg/dia e mulheres obesas, de 20 kcal/kg/dia (peso atual), levando-se em consideração uma ingestão mínima de 1.800 kcal/dia para evitar a cetose.

No primeiro trimestre, não se recomenda acréscimo de calorias, porém estima-se que seja necessário um acréscimo de 340 kcal por dia no segundo trimestre e de 452 kcal por dia no terceiro trimestre de gravidez.

Atividade física

30 minutos de exercício de moderada intensidade pelo menos cinco a sete dias por semana.

Medicamentoso

Deve ser iniciado se após dieta e atividade física o controle glicêmico mantiver 30% dos valores alterados e/ou a circunferência abdominal do feto estiver acima do percentil 75 no início do terceiro trimestre.

Quadro 12: Tratamento da diabetes gestacional

Tratamento	Dose	Vantagem/desvantagem
Insulina	Dose inicial de 0,5 UI/kg (0,3) Esquemas: NPH: Metade da dose calculada é aplicada antes do café da manhã, um quarto no almoço e um quarto 22 horas. Ou NPH/Regular: Proporção $\frac{2}{3}$ de NPH e $\frac{1}{3}$ regular. $\frac{2}{3}$ da dose calculada antes do café da manhã e $\frac{1}{3}$, antes do jantar. Dose 8-10 Unidades de NPH NPH Bedtime: Realizar 8-10 unidades de NPH ao deitar.	Terapia de escolha. Há uma maior tendência a hipoglicemia. Mais eficaz em tratar a hiperglicemia, devido à capacidade quase ilimitada de aumentar e titular as doses.
Metformina	Iniciar 500 mg uma vez ao dia com o	Reduz o ganho de

	jantar e adicionar segunda dose para após o café da manhã. Dose máxima 2500 mg/dia.	peso gestacional, o peso ao nascer e o risco de macrossomia. Aumento de adiposidade na infância. Sem segurança em relação a câncer de pâncreas a longo prazo.
--	---	--

Fonte: BRASIL, 2022.

3.10.3 Interrupção Gestacional

- Para pacientes com bom controle glicêmico e sem uso de medicação – interromper com 40 semanas.
- Para pacientes com bom controle glicêmico e uso de medicação OU com controle subótimo e sem uso de medicação interromper com 39 semanas.
- Para pacientes com controle glicêmico subótimo e uso de medicação – interromper entre 37 e 39 semanas. O parto antes das 37 semanas, deve ser realizado somente se todos os esforços para controlar a glicemia tiverem falhado.

3.11 Diabetes Mellitus Preexistente

Os principais elementos no manejo de gestações complicadas por diabetes preexistente são:

- Atingir e manter um excelente controle glicêmico, evitando hipoglicemia e cetoacidose diabética;
- Triagem, monitoramento e intervenção para complicações médicas maternas não glicêmicas (por exemplo, retinopatia, nefropatia, hipertensão, doença cardiovascular, doença da tireoide);
- Monitoramento de complicações fetais e obstétricas (por exemplo, anomalias congênitas, pré-eclâmpsia, macrossomia, comprometimento do bem-estar fetal), com intervenção oportuna para minimizar resultados adversos, quando possível.

Quadro 13: Classificação Diabetes Mellitus

Classificação	
Diabetes mellitus tipo 1	Destruição de células beta autoimunes, geralmente levando à deficiência absoluta de insulina. Com ou sem comprometimento vascular.
Diabetes mellitus tipo 2	Perda progressiva da secreção de insulina, muitas vezes no contexto de resistência à insulina. Com ou sem comprometimento vascular.
Outro tipo	Ex. origem genética

*também podemos usar a classificação de White.

Fonte: FEBRASGO, 2019

3.11.1 Seguimento

3.11.1.1 Primeiro trimestre

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais
- Realizar a rotina pré-natal, lembrar que as pacientes DM tem maior risco de bacteriúria assintomática.
- Solicitar hemoglobina glicada.
- Solicitar creatinina, relação proteína/creatinina na urina ou proteinúria 24 horas, eletrocardiograma.
- Encaminhar ao oftalmologista para avaliação de retinopatia.
- Informar sobre o aumento de risco de anomalias congênitas, incluindo defeitos no tubo neural e cardíacos. Orientar sobre o risco de macrosomia.
- Reposição de 1 mg de ácido fólico.
- Realizar vacinação pneumocócica no segundo trimestre.
- Iniciar prevenção para pré-eclâmpsia após as 12 semanas.

Ultrassonografia

- Realizar as ecografias padrões.

3.11.1.2 Segundo trimestre

Ultrassonografia

- Realizar ecografias padrões e ecocardiograma fetal com 28 semanas.
- Os principais defeitos cardíacos são do septo conotruncal e ventricular e um aumento significativo da espessura do septo interventricular.

3.11.1.3 Terceiro trimestre

Ultrassonografia

- Realizar ecografia para avaliar biometria fetal e líquido amniótico a cada 4 semanas a partir de 28 semanas e considerar a realização de cardiotocografia semanal a partir de 32 semanas e 2 vezes na semana a partir de 36 semanas.

3.11.2 Tratamento

Dieta e atividade física, conforme recomendações feitas em DMG e cuidados com hipoglicemia.

Pacientes que necessitem de insulina podem utilizar: 0,5 UI/kg/dia, no primeiro trimestre; 0,7 UI/kg/dia no segundo trimestre; 0,9 UI/kg/dia no terceiro trimestre. Lembrando que as pacientes DM2 tendem a precisar de mais insulina que as DM1 após a segunda metade da gestação devido a piora da resistência insulínica.

3.11.3 Interrupção Gestacional

Para pacientes com bom controle glicêmico e sem doença vascular a gestação pode evoluir até 39-40 semanas, dependendo do uso de medicações. Em pacientes com níveis de glicose mal controlados ou doença vascular, o parto deve acontecer entre 36 e 38 + 6 semanas.

3.12 Anemias

- A anemia na gravidez é definida pela concentração de hemoglobina inferior a 11 g/dL no primeiro e terceiro trimestre e inferior a 10,5 g/dL no segundo trimestre.
- A anemia fisiológica da gravidez e a anemia ferropriva são as duas causas mais comuns de anemia em mulheres grávidas. No entanto, outras causas potenciais de anemia que serão abordadas posteriormente não devem ser negligenciadas como as hemoglobinopatias, os distúrbios da membrana de hemácias e as deficiências de folato e de vitamina B12.
- A anemia fisiológica ocorre devido ao aumento do volume plasmático em maior proporção que o aumento geral na massa de glóbulos vermelhos.
- A anemia ferropriva é a segunda causa mais comum de anemia na gravidez e ocorre em especial pelo aumento das necessidades de ferro e a baixa ingestão ou suplementação deste associado a expansão do volume de sangue da mãe e as necessidades de ferro para a produção de hemácias fetais e crescimento fetoplacental levando a deficiência de ferro.

3.12.1 Seguimento

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais
- Para o rastreio de anemia, deve ser realizado o hemograma completo em cada trimestre e a eletroforese de hemoglobina no primeiro trimestre.
- As alterações laboratoriais que sugerem deficiência de ferro incluem: hemoglobina inferior a 11 g/dL ou 10,5 g/dL ou queda da hemoglobina em 3 g/dL, a contagem de hemácias raramente é inferior a 2.500.000/mm³, microcitose (VCM diminuído) e hipocromia (HCM diminuído).
- Para a investigação de deficiência de ferro, deve ser solicitado ferritina*, saturação de transferrina*, ferro sérico, capacidade total de ligação do ferro e contagem de reticulócitos.
- Em especial para pacientes com diabetes, fumantes, HIV+, com doença inflamatória gastrointestinal, multiparas e/ou com intervalo interpartal menor do que 6 meses, com história de sangramento uterino anormal, com baixo peso ou obesidade e vegetarianas a investigação para deficiência de ferro deve ser realizada.

- **Ultrassonografia**

- Realizar ecografias padrões. A solicitação de demais ecografias dependerá do grau da anemia. Em especial na anemia materna grave -índices de hemoglobina inferiores a 6g/dL- pode haver alterações fetais desfavoráveis como a diminuição do volume de líquido amniótico, a centralização da circulação fetal e anormalidades na frequência cardíaca fetal.

3.12.2 Tratamento

Prevenção Suplemento contendo 30 mg de ferro elementar desde a primeira consulta pré-natal, porém não há evidências robustas sobre a melhora no prognóstico tanto para gestante ou como para o bebê com esta conduta.

Tratamento da anemia ferropriva

Ferro oral: As doses recomendadas de ferro oral variam de 40 a 200 mg de ferro elementar por dia. Há uma tendência em usar doses menores e em dias alternados (60 mg de Fe elementar, por ex.), devido ao reconhecimento de que doses maiores e mais frequentes podem aumentar os efeitos adversos sem melhorar a captação de ferro.

Avaliar o nível de hemoglobina e a contagem de reticulócitos 2 a 3 semanas após o início da terapia e manter até o pós-parto se houve tolerabilidade e melhora com o tratamento.

Quadro 14: Medicamentos disponíveis para o Tratamento da anemia ferropriva em gestantes no município de Araucária

Medicamento	Apresentações
Sulfato ferroso	40 mg de Fe por comprimido de 200 mg 25 mg de Fe em 1 mL de solução oral
Sacarato hidróxido férrico (Noripurum®)	20 mg/ml de Fe elementar por ampola de 333,0 mg

Fonte: SMSA, Araucária

Ferro endovenoso: para pacientes que não toleram o ferro oral, com Hb entre 8 e 9 ou hematócrito < 25% em especial no final da gestação, perdas muito rápidas, doença gastrointestinal.

Avaliar os parâmetros de ferro em quatro semanas após a administração do ferro.

Quadro 15: Cálculo da dose de total para reposição de ferro

Cálculo da dose total para reposição	
Sacarato de hidróxido férrico	Peso (kg) x 2,3 x diferença da hemoglobina (Hb alvo – Hb encontrada) + reposição de estoque (15 mg de ferro/kg)
Orientações: A dose total deve ser dividida em doses de 200 mg (2 ampolas de 100 mg de ferro diluídas em 200 ml de soro fisiológico 0,9% - via endovenosa. Tempo de infusão 30 – 60 minutos a cada 2 3 vezes por semana.	

Fonte: BRASIL, 2022.

3.12.3 Interrupção Gestacional

- A gestação pode ser interrompida com 41 semanas se não existirem demais comorbidades.

3.13 Trombofilia Hereditária

- As trombofilias são condições genéticas que podem aumentar o risco de trombose. Como a etiologia da trombose é multifatorial, a presença de um defeito trombofílico é apenas um dos muitos fatores que determinam esse risco. Portanto, a utilidade do teste de trombofilia é controversa.
- Quais as indicações para a pesquisa de trombofilia hereditária? Trombose não provocada antes dos 50 anos, trombose recorrente não provocada em qualquer idade, trombose em contexto de risco baixo, trombose relacionada ao estrogênio ou à gravidez, parente de primeiro grau com história de trombofilia de alto risco e história de perda fetal com vasculopatia decidual materna substancial e trombose com infarto placentário (casos raros).
- O que testar? Deficiência de antitrombina, fator V de Leiden, deficiência de proteína C e S, protrombina G20210A. O que não testar? Homocisteína, polimorfismo MTHFR, PAI-1 e nível do fator VIII. Quando testar? 3 meses após o parto e após interromper a amamentação.

- Lembrar que a gestação por si só é um estado com predisposição à trombose, que pode ser potencializado na presença de outras trombofilias. A gestação cursa com modificações anatômicas, endoteliais e de coagulação, com o intuito de atingir o estado de pró-coagulação para impedir a hemorragia maciça no momento do parto.
- Quais são estas alterações de coagulação? ↔ Fatores II, V, IX e proteína C, ↑ aumento da concentração dos fatores VII, VIII, X e vWF e aumento pronunciado de fibrinogênio, ↓ diminuição da proteína S, ↑ aumento de cinco vezes no PAI tipo I, ↑ aumento do PAI tipo 2 produzido pela placenta pronunciadamente no terceiro trimestre, ↑ aumento de marcadores de geração de trombina como protrombina F1 e F2 e complexo trombina-antitrombina.

Quadro 16: Fatores trombofilia

Fator V de Leiden	Mutação no gene localizado no cromossomo 1 que codifica o fator V. Herança autossômica dominante. A forma homozigota aumenta em 100 vezes o risco de tromboembolismo.
Protrombina mutante (G20210A)	A mudança de guanina para adenina no nucleotídeo de posição 20.210 do gene que codifica a protrombina (fator II), cursando com elevação nos níveis séricos de protrombina. A homozigose confere risco de tromboembolismo tão alto quanto a de Leiden.
Deficiência de antitrombina	A deficiência de AT resulta de numerosas mutações pontuais, deleções e inserções, sendo geralmente transmitida de forma autossômica dominante. A mais trombogênica.
Deficiência de proteína C e S	Resultam de várias mutações e são de herança autossômica recessiva.
Hiper-homocisteinemia (cautela- não necessita de investigação ou anticoagulação)	Associa-se a maior risco de trombose venosa e arterial por mecanismos complexos que envolvem alterações endoteliais, de função plaquetária e de fibrinólise. A homocisteína é um produto intermediário na conversão de metionina em cisteína, transformação essa que depende da enzima metilenotetraidofolato redutase (MTHFR). A cistationina β- sintetase e

	as vitaminas B12 e B6 e o ácido fólico são cofatores para a transformação da homocisteína em cisteína, podendo suas deficiências também ocasionar hiperhomocisteinemia.
--	---

Fonte: CUNNINGHAM, 2021

Quadro 17: Risco de TEV

Risco de TEV	
Alto risco	Deficiência de antitrombina, homozigose de fator V de Leiden, homozigose de protrombina G20210A, composto heterozigoto de fator V de Leiden e protrombina G20210A.
Baixo risco	Heterozigoto de fator V de Leiden, heterozigoto de protrombina G20210A, deficiência de proteína C e S

Fonte: CUNNINGHAM, 2021

3.13.1 Seguimento

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais
- Planejamento das gestações e uso de ácido fólico.
- Orientar a utilização de meias elásticas durante toda a gestação, parto e puerpério.
- Realizar controle com hemograma quinzenal no primeiro mês de uso da enoxaparina (se necessária) e mensalmente a seguir, pois as heparinas podem causar trombocitopenia imune, diagnosticada pela contagem plaquetária inferior a 100.000/mm³, ou queda de 50% ou mais na contagem plaquetária prévia.
- Suplementação com carbonato de cálcio 500 mg por dia devido ao aumento no risco de osteopenia e osteoporose nas gestantes.
- Suspender a heparina 12 horas antes do parto se dose profilática ou 24 horas antes do parto se dose plena.

Ultrassonografia

- Realizar as ecografias padrões. Realizar doppler obstétrico mensal para avaliar o leito vascular placentário que é alvo de trombose- a partir de 26-28 semanas. Iniciar cardiotocografia semanal a partir de 36 semanas.

3.13.2 Tratamento

Quadro 18: Tratamento da trombofilia

Medida	Dose
Profilática	Enoxaparina 40 mg dia
Intermediária	Enoxaparina 40 mg 12/12h
Terapêutica	Enoxaparina 1 mg/kilo 12/12 horas

Fonte: BRASIL, 2022.

Abordagem FEBRASGO

Para gestantes sem antecedente pessoal de TVP ou TEP com homozigose para fator V de Leiden ou homozigose para mutação G20210A da protrombina e com história familiar de TVP ou TEP, sugere-se profilaxia na gestação com dose profilática ou intermediária e profilaxia no puerpério com dose profilática ou intermediária ou varfarina (RNI 2 a 3) por 6 semanas após o parto.

Para as gestantes sem antecedente pessoal de TVP ou TEP com homozigose para fator V de Leiden ou homozigose para mutação G20210A da protrombina e sem história familiar de TVP ou TEP, sugere-se observação clínica na gestação e profilaxia no puerpério com dose profilática ou intermediária ou varfarina (RNI 2 a 3).

Para as gestantes com todas as outras trombofilias e sem antecedente pessoal de TVP ou TEP e com história familiar de TVP ou TEP, sugere-se observação clínica na gestação e profilaxia no puerpério com dose profilática ou intermediária ou varfarina (somente para as pacientes que não apresentam deficiência de proteína C ou S) (RNI 2 a 3).

Para as gestantes com todas as outras trombofilias e sem antecedente pessoal de TVP ou TEP e sem história familiar de TVP ou TEP, sugere-se observação durante a gestação e puerpério.

Para as mulheres com trombofilia hereditária e antecedente de complicações obstétricas (DPP, abortamento, restrição de crescimento fetal, pré-eclâmpsia) não se recomenda a profilaxia.

3.13.3 Interrupção Gestacional

A gestação pode ser interrompida com 40 semanas se não existirem demais comorbidades. Porém a conduta deve ser individualizada a partir de 39 semanas conforme discussão com a paciente.

3.14 Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípides

- A síndrome dos anticorpos antifosfolípides (SAF) é caracterizada por um estado de hipercoagulabilidade mediado por autoanticorpos trombogênicos, que desencadeiam eventos tromboembólicos venosos, arteriais e perdas fetais recorrentes.
- Gestantes com SAF apresentam maior incidência de abortamento, óbito fetal, restrição do crescimento fetal, formas graves e precoces de pré-eclâmpsia, prematuridade e descolamento prematuro de placenta (DPP).

Quadro 19: Critérios síndrome dos anticorpos antifosfolípides

A SAF está presente se pelo menos um dos critérios clínicos e um dos critérios laboratoriais a seguir forem atendidos *
Critérios clínicos
Trombose vascular: Um ou mais episódios clínicos de trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos, em qualquer tecido ou órgão, com exceção de trombose venosa superficial. A trombose deve ser confirmada por achados inequívocos de estudos de imagem ou histopatologia apropriados.
Morbidade na gravidez: a. Uma ou mais mortes inexplicáveis de um feto morfolologicamente normal com 10 semanas ou mais; b. Um ou mais nascimentos antes da 34ª semana de gestação devido a eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave ou características reconhecidas de insuficiência placentária; c. Três ou mais abortos espontâneos consecutivos inexplicáveis antes de 10 semanas, com anormalidades anatômicas/genéticas/hormonais maternas excluídas.
Critérios de laboratório
Anticoagulante lúpico visto em em duas ou mais ocasiões com pelo menos 12 semanas de intervalo;

Anticardiolipina IgG e/ou IgM presente em título médio ou alto (> 40 GPL ou MPL, ou > p99) em duas ou mais ocasiões com pelo menos 12 semanas de intervalo;

Anticorpo anti-beta-2 glicoproteína-I IgG e/ou IgM (em título > p99) em duas ou mais ocasiões com pelo menos 12 semanas de intervalo.

*O intervalo entre o evento clínico e o marcador laboratorial (AL, aCL, anti- β 2 -GPI) não pode ser inferior a 12 semanas nem superior a cinco anos.

Fonte: CUNNINGHAM, 2021

3.14.1 Seguimento

- Avaliação clínica inicial.
- Planejamento das gestações e uso de ácido fólico.
- Orientar a utilização de meias elásticas durante toda a gestação, parto e puerpério.
- Realizar controle com hemograma quinzenal no primeiro mês de uso da enoxaparina e mensalmente a seguir, pois as heparinas podem causar trombocitopenia imune, diagnosticada pela contagem plaquetária inferior a 100.000/mm³, ou queda de 50% ou mais na contagem plaquetária prévia.
- Rastreamento de anticorpos anti-Ro / SSA e anti-La / SSB.
- Suplementação com carbonato de cálcio 500 mg por dia devido ao aumento no risco de osteopenia e osteoporose nas gestantes.
- Suspender a heparina 12 horas antes do parto se dose profilática ou 24 horas antes do parto se dose plena.
- Suspender o AAS 1 semana antes do parto.

Ultrassonografia

- Realizar as ecografias padrões. Realizar doppler obstétrico mensal para avaliar o leito vascular placentário que é alvo de trombose - a partir de 26-28 semanas. Iniciar cardiotocografia semanal a partir de 36 semanas.

3.14.2 Tratamento

As gestantes com SAF e antecedente de trombose venosa ou arterial, indica-se AAS 100 mg por dia associado à dose plena de enoxaparina.

As gestantes com SAF sem antecedente de trombose venosa ou arterial, mas com história prévia de morbidade obstétrica, indica-se AAS 100 mg por dia associado à dose profilática de de enoxaparina.

As gestantes com SAF que não responderem favoravelmente à associação de AAS com enoxaparina podem apresentar benefício com o uso de hidroxiclороquina, gamaglobulina, glicocorticóides ou plasmaférese.

3.14.3 Interrupção Gestacional

A gestação pode ser interrompida com 40 semanas se não existirem demais comorbidades. Porém a conduta deve ser individualizada a partir de 39 semanas conforme discussão com a paciente.

3.15 Tromboembolismo Venoso

A gravidez e o puerpério são fatores de risco para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso (TEV). Acredita-se que esse risco seja devido à estase venosa das extremidades inferiores, lesão endotelial e o estado de hipercoagulabilidade que ocorre durante a gravidez. A incidência de TEV aumenta ao longo de todos os trimestres da gravidez, mas é maior durante o período pós-parto. Fatores que podem aumentar ainda mais o risco incluem história prévia de TEV, hospitalização por doença aguda ou parto cesáreo e a presença de trombofilia hereditária.

3.15.1 Seguimento

Avaliação Clínica Inicial

Todas as mulheres devem ser submetidas a vigilância clínica durante a gravidez para sinais e sintomas de TEV. A tromboprofilaxia farmacológica pode ser administrada a uma população selecionada de mulheres no pré e pós-parto consideradas de alto risco para TEV conforme quadro abaixo.

Quadro 20: Fatores de risco preexistentes para tromboembolismo venoso na gestação (RCOG)

Escore baseado The Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG)	
Fatores de risco preexistentes	Pontuação
TEV anterior (exceto um único evento relacionado a cirurgia de grande porte).	4
TEV prévio provocado por cirurgia de grande porte.	3

Trombofilia conhecida de alto risco.	3
Comorbidades médicas como câncer, insuficiência cardíaca, lúpus eritematoso sistêmico ativo, poliartropatia inflamatória ou doença intestinal inflamatória, nefrose, diabetes mellitus tipo 1 com nefropatia, doença falciforme, uso atual de drogas intravenosas.	3
História familiar de TEV não provocado ou relacionado a estrogênio em parente de primeiro grau.	1
Trombofilia de baixo grau conhecida (sem TEV).	1
Idade (>35 anos).	1
Obesidade.	1
Paridade ≥ 3 .	1
Tabagismo.	1
Veias varicosas de grosso calibre.	1

Fonte: quadro 1 RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; ICC: insuficiência cardíaca congestiva. Fonte: adaptada de RCOG, 2008;6 American College of Chest Physicians, 2012;7 Bates SM et al., 2016.8

Quadro 21: Fatores de risco obstétricos para tromboembolismo venoso na gestação (RCOG)

Fatores de risco obstétricos	Pontuação
Pré-eclâmpsia na gravidez atual.	1
FIV/técnica de reprodução assistida.	1
Gravidez múltipla.	1
Cesariana em trabalho de parto.	2
Cesariana eletiva.	1
Fórcepe médio ou rotação.	1
Trabalho de parto prolongado (>24 horas).	1
Hemorragia pós-parto (> 1 litro ou transfusão).	1
Nascimento pré-termo < 37 semanas na gravidez atual.	1
Natimorto na gravidez atual.	1

Fonte:: TRA: terapia de reprodução assistida; FIV: fertilização in vitro; HPP: hemorragia periparto. Fonte: adaptada de RCOG, 2008;6 American College of Chest Physicians, 2012;7 Bates SM et al., 2016.8

Quadro 22: Fatores de risco transitórios para tromboembolismo venoso na gestação.

Fatores de risco transitórios	Pontuação
Qualquer procedimento cirúrgico durante a gravidez ou puerpério, exceto reparação imediata do períneo.	3
Hiperêmese.	3
Síndrome da hiperestimulação ovariana.	4
Infecção sistêmica atual.	1
Imobilidade, desidratação	1

Fonte : adaptada de RCOG, 2008;6 American College of Chest Physicians, 2012;7 Bates SM et al., 2016.8

Quadro 23: Conduta de acordo com o escore – Protocolo RCOG

Se a pontuação total pré-natal ≥ 4 , considere realizar a profilaxia a partir do primeiro trimestre
Se a pontuação total pré-natal ≥ 3 , considere realizar a profilaxia a partir de 28 semanas
Se a pontuação total pós-parto ≥ 2 , considere a profilaxia pelo menos por 10 dias
Se a paciente for hospitalizada antes do parto, considere a profilaxia
Se a hospitalização for prolongada (≥ 3 dias) ou a paciente retornar ao hospital durante o puerpério, considere a profilaxia

Fonte: RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Fonte: adaptada de RCOG, 2008.6

3.15.2 Tratamento

Embora a gravidez e o puerpério sejam fatores de risco para o desenvolvimento de TEV, a grande maioria das gestantes não necessita de trombopprofilaxia. No entanto, a trombopprofilaxia é normalmente direcionada para aquelas que são consideradas de maior risco para o desenvolvimento de TEV durante os períodos pré e pós-parto e pode ser recomendada conforme quadro abaixo.

Quadro 24: Profilaxia tromboembolismo venoso

Profilaxia	Pontuação	Recomendação
Anteparto	≥ 4	Considere realizar tromboprofilaxia a partir do primeiro trimestre.
Anteparto	3	Considere a tromboprofilaxia a partir de 28 semanas.
Pós-parto	≥ 2	Considere tromboprofilaxia pelo menos 10 dias.

Fonte: BRASIL, 2022.

Quadro 25: Dosagem de enoxaparina

Peso	Enoxaparina
≤ 50 kilos	20 mg dia
51-90 kilos	40 mg dia
91-130 kilos	60 mg dia
131-170 kilos	80 mg dia
>170 kilos	0,6 mg/ kg/ dia

Fonte: BRASIL, 2022.

3.16 Aloimunização RhD

- O sistema Rh é altamente imunogênico e o anticorpo D está envolvido em 90% dos casos de aloimunização.
- Em ordem decrescente estão apresentados outros anticorpos irregulares que podem estar envolvidos na aloimunização: anti-C, anti-E, anti-Kell, anti-Le, anti- I, anti-P, anti-M, anti-c, anti-Fy e anti-Jk.

3.16.1 Seguimento

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais.
- Avaliar os antecedentes obstétricos como a presença de icterícia ou transfusões no período neonatal, transfusões intrauterinas ou hidropisia fetal.
- Questionar necessidades de transfusões sanguíneas durante a vida e o uso de drogas injetáveis.

- Avaliar a tipagem sanguínea paterna.
- Solicitar COOMBS indireto na primeira consulta e repetir na segunda rotina de exames laboratoriais do pré-natal. A repercussão clínica é importante quando a titulação for $\geq 1:16$.
- Solicitar o painel de anticorpos irregulares visando à definição do(s) antígeno(s) envolvido(s).

Ultrassonografias

- Primeira gestação aloimunizada.
- Realizar doppler obstétrico a partir de 20 semanas quinzenalmente e avaliar o PVS.
- Cardiotocografia a partir de 32 semanas.
- Segunda gestação aloimunizada
- Realizar doppler obstétrico a partir de 18 semanas semanalmente e avaliar o PVS.
- Cardiotocografia a partir de 32 semanas.

3.16.2 Tratamento

Se $PVS \leq 1,5$ MoMs: acompanhamento com doppler e cardiotocografia.

Se $PVS > 1,5$ MoMs: em fetos com ≥ 34 semanas, deve-se realizar corticoterapia e interromper a gestação para transfusão após o nascimento. Em fetos com < 34 semanas, deve-se realizar cordocentese para avaliação de anemia fetal e transfusão intrauterina, se necessário.

Diante de casos de sensibilização grave com passado de perdas de repetição e ocorrência de hidropsia antes da 28ª semana, uma das últimas terapêuticas descritas é a infusão intravenosa materna de altas doses de gamaglobulina (0,4 g/kg por dia por quatro a cinco dias consecutivos), repetida a cada 15 a 21 dias, que pode ser mantida até a antecipação do parto, ou até a 28ª semana de gestação, melhorando, assim, o resultado perinatal das transfusões intrauterinas.

3.16.3 Interrupção Gestacional

Se $PVS \leq 1,5$ MoMs: a gestação deve ser interrompida com 38 semanas.

Se $PVS > 1,5$ MoMs: em fetos com ≥ 34 semanas, deve-se realizar corticoterapia e interromper a gestação para transfusão após o nascimento. Em fetos com < 34 semanas, deve-se realizar cordocentese para avaliação de anemia fetal e transfusão intrauterina com o objetivo de manter a gestação até 34 semanas.

3.17 Aborto de Repetição

- O abortamento de repetição é uma situação frustrante em obstetrícia porque a etiologia é frequentemente desconhecida e existem poucas estratégias de diagnóstico e tratamento baseadas em evidências.
- Definido como 3 perdas gestacionais consecutivas, que não precisam ser intrauterinas.

3.17.1 Tratamento

Modificação de estilo de vida: eliminar tabaco, álcool, cafeína e reduzir IMC para as obesas.

É recomendado não usar progesterona vaginal suplementar (Grau 1B). O uso de progesterona vaginal, uma vez estabelecida a gravidez, não melhora as taxas de nascidos vivos.

É recomendado não usar imunoterapia (Grau 1A) ou glicocorticóides (Grau 1B), pois não são eficazes e podem ser prejudiciais.

3.17.2 Interrupção Gestacional

O manejo obstétrico depende da causa subjacente do abortamento habitual, se conhecida.

3.18 Gemelaridade

- Representa 3% a 4% de todas as gravidezes.
- Gestações múltiplas resultam da fertilização de óvulos múltiplos ou da divisão de um único óvulo fertilizado em mais de um embrião.
- Patologias maternas como hiperêmese gravídica, diabetes gestacional, anemia, hemorragia, parto cesariano, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, depressão pós-parto, mortalidade neonatal*, paralisia cerebral* e prematuridade* são mais frequentes em gestações múltiplas.
- Zigozidade: monozigoto resulta de um único óvulo fertilizado que se divide em dois embriões distintos (mesmo material genético). Dizigoto resulta da fecundação de dois óvulos separados que são geneticamente diferentes.

- Corionicidade (placenta), amniocidade (bolsa amniótica): as gestações dizigóticas são sempre dicoriônicas e diamnióticas. As gestações monozigóticas podem ser dicoriônicas/ monocoriônicas e diamnióticas/ monoamnióticas, dependendo do dia em que ocorreu a divisão do óvulo fertilizado. Portanto, todos os gêmeos monocoriônicos são monozigóticos. Em contraste, entre os gêmeos dicoriônicos do mesmo sexo concebidos espontaneamente, em torno de 18% são monozigóticos.

Quadro 26: Gemelaridade

Tipo	Inserção da membrana	Sexo
Dicoriônicas/diamnióticas	Sinal do lambda	Discordante ou concordante
Monocoriônica/diamniótica	Sinal do T	Concordante
Monocoriônica/ monoamniótica	NA	Concordante

Fonte: Brasil , 2022.

3.18.1 Seguimento

- Avaliação clínica inicial, testes laboratoriais
- A datação é feita a partir da maior CCN para evitar subestimações em caso de feto restrito precoce.
- Avaliar corionicidade, preferência antes de 16 semanas.
- É recomendado realizar profilaxia de pré-eclâmpsia.

Ultrassonografia

- Gemelar dicoriônico e diamniótico
- Ecografia obstétrica a cada 4-6 semanas a partir de 26 semanas (biometria).
- Gemelar monocoriônico e diamniótico
- Ecografia obstétrica a cada 4 semanas (biometria) após morfológico de segundo trimestre.
- Doppler obstétrico: 16 semanas e quinzenal a partir de 22 semanas.
- Ecocardiograma fetal com 28 semanas.
- Cardiotocografia semanal a partir de 32 semanas.
- Gemelar monocoriônico e monoamniótico

- Ecografia obstétrica a cada 4 semanas (biometria) após morfológico de segundo trimestre.
- Doppler obstétrico: 16 semanas e quinzenal a partir de 22 semanas.
- Ecocardiograma fetal com 28 semanas.
- Cardiotocografia 2 vezes na semana a partir de 26 semanas e diária a partir de 28 semanas.

3.18.2 Seguimento

- **Gemelar dicoriônico e diamniótico:** A gestação deve ser interrompida entre 38 e 39 semanas.
- **Gemelar monócoriônico e diamniótico:** A gestação deve ser interrompida com 37 semanas.
- **Gemelar monócoriônico e monoamniótico:** A gestação deve ser interrompida entre 32 e 34 semanas.

3.19 Complicações em Gestações Gemelares

3.19.1 Seguimento para Gestações Gemelares

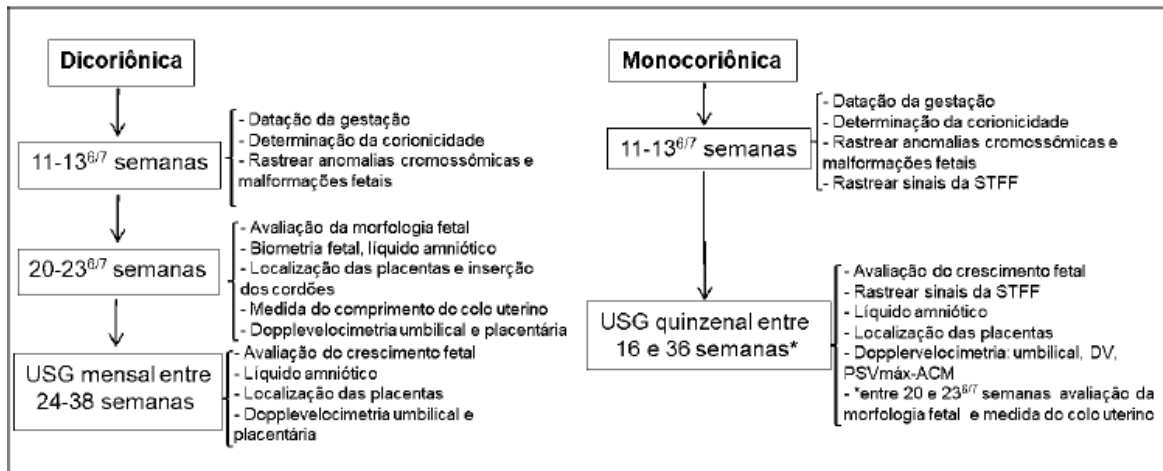
Na gestação dicoriônica, as consultas podem ser mensais até a 28ª semana de gestação e, posteriormente, a cada 15 dias até 34 semanas, seguindo-se semanalmente até o parto. Já nas gestações monócoriônicas, as consultas devem ser realizadas a cada 15 dias, após a 16ª semana de gestação, até 34 semanas, e depois semanal até o parto.

Como o parto ocorre em idades gestacionais mais precoces, a pesquisa de colonização materna pelo estreptococo do grupo B deve ser realizada com 32 semanas, nas gestações dicoriônicas, e com 30 semanas nas gestações monócoriônicas.

3.19.2 Seguimento Ecográfico

Devido aos riscos maiores de restrição de crescimento fetal, o número de exames ultrassonográficos necessário para monitorar essas gestações é maior do que em gestações únicas.

Fluxograma 2: Seguimento ecográfico indicado para as gestações gemelares



Fonte: KHALIL et al., 2016.

3.19.3 Complicações em Gêmeos Monocoriônicos

Síndrome de transfusão feto-fetal (TTTS) - Os desequilíbrios no fluxo sanguíneo fetal na circulação placentária compartilhada resultam em TTTS, caracterizada por oligodramnia (incluindo anidramnia) em um saco amniótico e polidramnia no outro. O desequilíbrio no volume é causado por vasos anastomosados no meio da placenta. É uma desordem potencialmente letal que se desenvolve em 10 a 15 por cento dos gêmeos monocoriônicos.

Sequência de anemia e policitemia em gêmeos (TAPS) - TAPS é uma variante de TTTS em que um gêmeo é anêmico e o outro gêmeo apresenta policitemia, mas sem discordância de volume de líquido amniótico. O desequilíbrio na circulação de células vermelhas é causado por vasos anastomosados na periferia da placenta.

Gêmeo com perfusão arterial reversa (TRAP) - TRAP é uma complicação rara de gêmeos monocoriônicos em que um gêmeo vivo perfunde um gêmeo acárdico através de canais vasculares patentes.

Restrição de crescimento fetal seletiva - é definida como o peso estimado de um gêmeo abaixo do 10º percentil ou pela discordância entre os pesos maior do que 25%.

3.19.4 Complicações em Gêmeos Monoamnióticos

- Entrelaçamento do cordão.

- Gêmeos conjugados.

3.19.5 Rastreamento e Prevenção da Prematuridade

Preconiza-se a medida do colo uterino por via vaginal, no momento da ultrassonografia morfológica de segundo trimestre (entre 20 a 23 6/7); quando <25 mm, o risco de prematuridade é maior e medidas profiláticas devem ser ponderadas, como repouso, progesterona e até a cerclagem (se houver diagnóstico de incompetência ístmocervical).

3.19.6 Óbito de um dos Fetos

Os riscos de coagulopatias maternas nos casos de óbito de apenas um gemelar não estão aumentados, portanto não há necessidade de monitorização da coagulação.

- Gestações dicoriônicas: devido às placentas serem separadas e por não haver comunicações vasculares entre as circulações dos dois fetos, o óbito de um dos fetos não apresenta risco de óbito ou sequelas neurológicas para o sobrevivente. Há risco maior de parto prematuro. A conduta nesses casos é expectante com indicação de resolução da gestação no termo.
- Gestações monócóricas: pela existência de comunicações vasculares entre as circulações fetais nessas gestações, o óbito de um dos fetos pode levar ao óbito do outro feto ou a sequelas neurológicas que são decorrentes da exsanguinação do sobrevivente para o feto em óbito, com consequente hipotensão, anemia fetal e dano cerebral do feto sobrevivente.

Devem-se avaliar sinais de anemia por meio do pico de velocidade sistólica máxima da artéria cerebral média. O acompanhamento fetal é mantido a cada 2 semanas, e o parto é indicado com 36 semanas.

3.19.7 Idade Gestacional do Parto

A idade gestacional média do parto nas gestações gemelares é em torno de 36 semanas. Baseado nos melhores resultados perinatais, o término das gestações gemelares, sem complicações maternas ou fetais, difere das gestações únicas e também depende da corionicidade e amnionicidade, portanto orienta-se resolução da gestação com as seguintes idades gestacionais:

- Gestações dicoriônicas diamnióticas: 38 semanas.

- Gestações monocoriônicas diamnióticas: 36 semanas.
- Gestações monocoriônicas monoamnióticas: 32 a 34 semanas.

Frente as comorbidades maternas e à insuficiência placentária, as idades gestacionais de resolução da gestação poderão ser mais antecipadas.

3.19.8 Condições em que se Recomenda a Realização de Cesárea

- Gestações monoamnióticas.
- Gêmeos unidos.
- Peso fetal estimado <1.500 g.
- Primeiro gemelar pélvico ou córmico.
- Cicatriz uterina prévia.

3.20 RCIU

- Feto não atinge o potencial de crescimento biológico como consequência de déficit na função placentária, ou devido a fatores maternos, fetais e ambientais.
- Morbidade e mortalidade perinatal, além de prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor e a longo prazo.

Quadro 27: RCIU

	RCIU precoce (< 32 sem):	RCIU tardia (>32 sem)
Diagnóstico	Parâmetros solitários: PFE ou CA < p3 ou AU diástole zero. Parâmetros contributivos: PFE ou CA < p10 e AU ou AUt IP > p95	Parâmetros solitários: PFE ou CA < p3. Parâmetros contributivos: PFE ou CA < p10 ou caindo 50 percentis e CPR < p5 ou AU IP> p95
Prevalência	0,5-1%	5-10%
Desafio	Risco de manter a gestação e a prematuridade	Diagnóstico (menos alteração em parâmetros do doppler)

Evidência de doença placentária	Alto (70% de alteração em artéria umbilical; 60% de associação com pré-eclâmpsia; importante desequilíbrio angiogênico)	Baixo (<10% de alteração em artéria umbilical; 15% de associação com pré-eclâmpsia; moderado desequilíbrio angiogênico)
Patofisiologia	Hipóxia severa (toleram mais a hipóxia); adaptação cardiovascular sistêmica (todos os doppler testados estariam alterados)	Hipóxia branda (toleram menos a hipóxia); adaptação cardiovascular central (o doppler da cerebral está alterado)
Alteração do doppler	Umbilical: 2-6 semanas aumento IP. 2-4 semanas diástole zero. 1 semana diástole reversa. Cerebral média: 2-6 semanas IP normal. 2-4 semanas vasodilatação. Ducto venoso: 2-6 semanas IP normal. 2-4 semanas aumento do IP e onda A ausente. 1 semana onda A reversa. Cardiotocografia: 2-6 semanas normal. 2-4 semanas normal. 1 semana anormal (último padrão a alterar)	Umbilical: normal. 1 semana normal. Cerebral: normal. 1 semana vasodilatação- brain sparing. CPR: detecta alterações mínimas antes da vasodilatação cerebral. Ducto venoso: pouca ou nenhuma alteração, porque em RCIU tardio não existe esta vasoconstrição corporal (umbilical).
Impacto clínico	Alta mortalidade e morbidade	Baixa mortalidade e morbidade, porém alta prevalência, resultando em eventos adversos

Fonte: BRASIL, 2022.

3.20.1 Seguimento

3.20.1.2 RCIU Precoce

- Barcelona.
- Estágio 2 (AU diástole zero): doppler 2 vezes na semana.
- Estágio 3 (AU diástole reversa ou ducto venoso IP > p95): doppler diário.
- Estágio 4 (ducto venoso onda A ausente ou reversa ou cardiotocografia patológica): doppler cada 12 horas.

3.20.1.3 RCIU Tardia

- Barcelona 2014.
- Estágio 1 (PFE < p3 ou CPR < p5 ou IP ACM < P5): doppler semanal.

3.20.2 Interrupção Gestacional

- Barcelona.
- Estágio 1: interromper com 37 semanas (pensar: o que mais iria alterar, se a umbilical e o DV praticamente não alteram na RCIU tardia?).
- Estágio 2: interromper com 34 semanas.
- Estágio 3: interromper com 32 semanas.
- Estágio 4: interromper com 28 semanas.

3.21 PIG

- PFE < p10 e que não tiveram seu crescimento patologicamente restrito e que não apresentam evidência de distúrbio metabólicos de um recém-nascido restrito.

3.21.1 Seguimento

- Ultrassonografia
- Biometria mensal e doppler quinzenal.

3.21.2 Interrupção Gestacional

Interromper a gestação com 40 semanas.

3.22 Trabalho de Parto Prematuro

- O nascimento prematuro refere-se a um parto que ocorre entre 20 e 37 semanas de gestação, sendo 80% espontâneo e 20% iatrogênico.
- Incidência: 5 a 18 % dos nascimento.

- A prematuridade permanece, nos dias atuais, como sério problema perinatal, sendo responsável por em torno de 75% de toda a morbidade e mortalidade neonatais. Nos Estados Unidos da América, tem sido responsável por 70% de todas as mortes neonatais, um terço das mortes infantis e por 25% a 50% dos casos com alterações neurológicas tardias.
- O tratamento da prematuridade, envolvendo mães e recém-nascidos, torna-se muito oneroso. Os custos decorrentes da internação hospitalar, principalmente das crianças muito prematuras, são muito elevados. Maiores ainda são os custos dos cuidados a longo prazo para crianças que apresentam sequelas decorrentes do parto pré-termo, incluindo institucionalização e programas educacionais especiais para os gravemente lesados. Não somente os custos financeiros são um importante fator a ser considerado, pois os custos emocionais dos cuidados intensivos neonatais são desconcertantes. Apesar dos avanços na perinatologia e da criação das unidades de tratamento intensivo neonatal, a prematuridade está entre os problemas médicos de mais difícil resolução.

3.22.1 Seguimento

Avaliação da Clínica Inicial

Avaliar os principais riscos para prematuridade: parto prematuro anterior é o fator de risco mais forte para um novo parto prematuro e as recorrências costumam ocorrer na mesma idade gestacional, o comprimento cervical curto no exame de ultrassom transvaginal entre 18 e 24 semanas na gravidez atual é também um fator de risco para parto prematuro assim como o tabagismo, o uso indevido de drogas, a bacteriúria assintomática/pielonefrite, os extremos de IMC, o intervalo entre gestações menor do que 12 meses e as gestações múltiplas.

Ultrassonografia

Sugere-se o rastreamento com ultrassonografia transvaginal de rotina para avaliação de colo uterino, uma vez que existem intervenções apropriadas para reduzir o risco de parto prematuro espontâneo.

Uma diminuição no comprimento cervical antes de 24 semanas é preditiva de parto prematuro. O diagnóstico de colo uterino curto é definido como comprimento cervical ≤ 25 mm antes de 24 semanas.

3.22.2 Tratamento (Prevenção)

Para gestantes com gravidez única que tiveram parto prematuro anterior, é sugerido reposição com progesterona, assim como para gestantes com encurtamento cervical e sem parto prematuro anterior. A progesterona é administrada entre 16 e 20 semanas ou a partir do diagnóstico de colo uterino curto até 36 + 6 semanas de gestação.

Em geral, é usado progesterona natural micronizada, via vaginal, na dose de 100 a 200 mg dia.

3.23 Incompetência Istmo-cervical

- A incompetência istmo-cervical (IIC) é classicamente definida por ≥ 2 histórias consecutivas de dilatação cervical indolor ou com sintomas leves, desencadeando abortamentos tardios e/ou partos prematuros extremos (até 28 semanas, em geral, antes de 24 semanas), na ausência de outras causas identificáveis. Sua patogenia está ligada a enfraquecimento do colo que não suporta a evolução da gestação.

3.23.1 Seguimento

Avaliação da Clínica Inicial

Avaliar história das gestações anteriores para o diagnóstico de IIC baseado na clínica.

Avaliar possíveis anormalidades cervicais, congênitas ou como resultado de trauma (uso de fórceps ou vácuo, cesariana, dilatação cervical mecânica, tratamento de neoplasia intraepitelial cervical), distúrbios genéticos que afetam o colágeno, anomalias uterinas, exposição intrauterina ao dietilestilbestrol.

Ultrassonografia

Em mulheres com história pregressa de um parto prematuro associado a nenhum ou a poucos sintomas e naquelas em que o diagnóstico baseado na história é incerto, realiza-se exames de ultrassonografia transvaginal para medida de colo em série e o diagnóstico de insuficiência cervical é feito quando o comprimento cervical é ≤ 25 mm antes de 24 semanas.

3.23.2 Tratamento

Realizar cerclagem entre 12 e 14 semanas em mulheres com diagnóstico baseado na história.

Sugere-se a colocação de cerclagem baseada em ultrassom transvaginal em série naquelas mulheres com comprimento cervical ≤ 25 mm antes de 24 semanas na gravidez atual.

O uso rotineiro de suplementação de progesterona é controverso.

3.24 Placenta Prévia

- Placenta prévia refere-se à presença de tecido placentário que se estende sobre o orifício cervical interno. As sequelas incluem a necessidade de parto cesáreo, bem como o potencial de sangramento anteparto grave, parto prematuro, hemorragia pós-parto e embolia de líquido amniótico.

3.24.1 Seguimento

Avaliação da clínica inicial

Suspeitar de placenta prévia naquelas pacientes com sangramento acima de 20 semanas tendo, em especial, os seguintes fatores de risco: gestação anterior com placenta prévia, cesárea em gestação anterior, gestação múltipla, multiparidade, aumento da idade materna, tratamento de infertilidade, aborto anterior, procedimento cirúrgico uterino anterior, tabagismo, uso de cocaína, feto masculino, embolização prévia da artéria uterina.

Avaliar se a placenta prévia resolve com o aumento da idade gestacional, determinar se a placenta também é acreta, reduzir o risco de sangramento e determinar o momento ideal para interrupção da gestação.

Orientar repouso relativo e abstinência sexual.

Ultrassonografia

Se a borda da placenta cobrir ou estiver a <2 cm do orifício cervical interno (OCI) no segundo trimestre, uma nova ultrassonografia transvaginal é indicada com 32 semanas. No exame de acompanhamento de 32 semanas: se a borda da placenta estiver a ≥ 2 cm do OCI, a posição da placenta é relatada como normal e se a borda da placenta

cobrir ou estiver a <2 cm do OCI, uma ultrassonografia transvaginal é indicada com 36 semanas. No exame de acompanhamento de 36 semanas: se a borda da placenta cobrir o OCI, o parto cesáreo deverá ser agendado e se a borda da placenta não cobrir, mas estiver a <2 cm do OCI, os riscos e benefícios de uma tentativa de parto devem ser discutidos com a paciente, porém se essa distância for ≤ 1 cm, existe

um alto risco de hemorragia intraparto e é sugerido um parto cesáreo agendado para minimizar esse risco.

Solicitar doppler obstétrico para confirmar a posição da borda placentária, descartar vasa prévia e avaliar risco de acretismo placentário. Em determinadas situações é necessária realização de ressonância magnética para excluir a presença de acretismo placentário.

3.24.2 Interrupção Gestacional

Deve ser realizada cesárea entre 36 e 38 semanas dependendo da complexidade do caso. Se houver presença de acretismo placentário, a interrupção deve ser realizada entre 36 e 37 semanas, em um centro especializado, de preferência, sendo realizado cateterismo das artérias ilíacas internas para passagem do balão antes da cesariana.

3.25 Cardiopatia Materna

As doenças cardíacas complicam de 1% a 4% das gestações. As alterações do sistema cardiocirculatório na gravidez se iniciam já no primeiro trimestre, atingindo o ápice entre o segundo e o terceiro trimestre, e a partir daí mantendo-se até o período periparto.

Quadro 28: Alterações hemodinâmicas na gravidez e puerpério

	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	Puerpério
Volume plasmático	↑	↑ ↑	↑ ↑ (até 50%)	↑ ↑ ↑
Frequência cardíaca	↑	↑	↔	↑
Resistência vascular	↓	↓ ↓	↔	↑ ↑
Débito cardíaco	↑	↑ ↑	↔	↑ ↑

Fonte: BRASIL, 2022.

3.25.1 Diagnóstico de Cardiopatia

A maioria das pacientes já possui diagnóstico prévio à gestação. Na paciente que não tem diagnóstico prévio, os sintomas e sinais que levam à suspeita de cardiopatia são: dispneia incompatível com a idade gestacional, desencadeada por esforço físico ou ortopneia; arritmia acompanhada de cansaço, precordialgia ou síncope; cianose, ou ainda alterações da ausculta. Sempre se faz necessária avaliação de especialista para determinação do risco envolvido.

Quadro 29: Estratificação do risco materno durante o ciclo gravídico-puerperal em função do tipo de doença cardíaca.

Classe OMS	Risco de acordo com condição clínica	Patologias
I	Não há aumento de morbimortalidade materna	Pequena ou não complicada estenose pulmonar, ducto arterioso patente, prolapso valva mitral
		Lesões simples reparadas: defeitos de septo atrial ou ventricular, drenagem anômala de veias pulmonares
		Batimentos ectópicos atriais ou ventriculares, isolados
II	Pequeno aumento na mortalidade materna ou moderado na morbidade	Defeitos de septo atrial ou ventricular não operado
		Tetralogia de Fallot corrigida
		Arritmias
II - III	Risco II ou III, a depender da condição clínica materna	Disfunção ventricular esquerda moderada
		Cardiomiopatia hipertrófica
		Patologia valvar compensada (valva nativa ou bioprótese)
		Síndrome de Marfan sem acometimento aórtico
		Patologia aórtica/valva bicúspide com anel valvar <45mm
		Coarctação de aorta reparada
III	Aumento significativo	Prótese valvar mecânica
		Ventrículo direito sistêmico

	de mortalidade materna ou morbidade severa	Circulação de Fontan
		Cardiopatias cianogênicas não reparadas
		Cardiopatias congênitas complexas
		Síndrome de Marfan com dilatação aórtica >40 – 45mm
		Doença aórtica/valva bicúspide com anel valvar > 45 - 50mm
IV	Risco de mortalidade materna ou morbidade importante extremamente alto *A gestação é contraindicada. Interrupção pode ser considerada a depender da gravidade clínica	Cardiomiopatia periparto prévia com disfunção ventricular residual
		Estenose mitral severa (área valvar <1,5cm ³), estenose aórtica severa sintomática e/ou disfunção de prótese com repercussão hemodinâmica
		Hipertensão arterial pulmonar de qualquer etiologia
		Disfunção de ventrículo sistêmico importante (fração de ejeção <30% e/ou
		Síndrome de Marfan com dilatação aórtica >45mm
		Doença aórtica/valva bicúspide com anel valvar >50mm Coarctação congênita severa corrigida

Fonte: Traduzido e adaptado de REGITZ-ZAGROSEK et al, 2018.

3.25.2 Abordagem no Pré-natal

A assistência da mulher com cardiopatia é multidisciplinar e multiprofissional. Envolve obstetras, clínicos (cardiologistas), enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e eventualmente outros profissionais. Os exames cardiovasculares (eletrocardiografia, ecocardiografia, dosagem do peptídeo natriurético tipo B) podem ser repetidos a cada trimestre (para avaliar a repercussão da gravidez sobre a hemodinâmica materna), ou pelo menos em caso de piora clínica ou descompensação.

3.25.3 Dieta e Terapêutica Medicamentosa

A dieta da paciente cardiopata depende da classificação da OMS e funcional. Desaconselha-se, de maneira geral, o ganho de peso exagerado. Nas pacientes compensadas, do grupo I e II da OMS, a dieta é geral, mas evitando excesso de sal. Nos grupos III e IV recomenda-se dieta hipossódica e com restrição hídrica nos casos de

insuficiência cardíaca (de um a dois litros/dia, conforme condição clínica). A maior parte dos medicamentos de ação cardiovascular pode ser utilizada no período gestacional. Os que não podem ser utilizados em determinado período devem ser suspensos ou substituídos, quando possível. Lembramos que no puerpério os anticoagulantes e medicamentos de ação no sistema renina-angiotensina-aldosterona podem ser utilizados.

Quadro 30: Terapêutica cardiovascular na gravidez

Permitidos	Substituir, se possível	Proibidos
• Betabloqueadores (exeto atenolol) • Diuréticos • Bloqueadores de canal de cálcio • Digitálicos • Bloqueador beta-adrenérgico (hidralazina) • Heparinas (regular, baixo peso) • Vasodilatadores (nitrados) • AAS em dose antitrombótica	• Varfarina (após o 1º trimestre) • Amiodarona • Atenolol	• Estatinas • Inibidores da enzima de conversão da angiotensina • Bloqueadores dos receptores da angiotensina • Espironolactona • Novos anticoagulantes antitrombóticos

Fonte: BRASIL, 2022.

3.25.4 Prevenção da Doença Reumática

As pacientes com valvopatias decorrentes da doença reumática devem receber profilaxia para recorrência de novos surtos dessa doença durante todo o pré-natal, com penicilina benzatina 1.200.00 UI por via IM a cada 21 dias.

3.25.5 Anticoagulação - Situações Especiais

As pacientes portadoras de próteses valvares mecânicas e arritmias trombogênicas (fibrilação atrial) devem permanecer em regime de anticoagulação plena durante toda a gravidez. Nesse grupo de pacientes, em especial, recomenda-se o uso de anticoagulantes orais (varfarina) da 13^a à 36^a semanas, para reduzir o risco de trombose. No primeiro trimestre existe o risco de teratogênese (síndrome varfarínica), e neste caso é utilizada heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica (2 mg/ kg/dia, divididos em duas doses), ou ainda heparina regular em infusão intravenosa (com a paciente internada). Após este período, faz-se a transição para anticoagulante oral (controlado pelo tempo de protrombina, com alvo da relação normatizada internacional – RNI) de 2,5 a 3,5. A anticoagulação oral deve ser substituída por heparina (de baixo peso molecular ou regular) 10 a 14 dias antes do parto, e reinstituída a partir do 3º dia pós-parto. Essas pacientes são de alto risco para trombose e fenômenos hemorrágicos, e elas devem ser referidas para cuidado especializado.

3.25.6 Resolução da Gestação

As pacientes das categorias I e II da OMS podem chegar ao termo da gestação, e não há restrição quanto à via de parto ou analgesia. Já as das categorias III e IV podem precisar de parto programado, a partir de 37 semanas ou até antes, em algumas situações (descompensação clínica materna, risco de dissecção de aorta, repercussão fetal significativa).

De maneira geral não existe recomendação de cesariana. As exceções são as pacientes com doenças aórticas com risco de dissecção (síndrome de Marfan, coarctação de aorta não corrigida), estenose aórtica grave, hipertensão pulmonar grave e descompensação cardíaca refratária a tratamento clínico.

3.25.7 Situações Específicas

3.25.7.1 Presença de marca-passo (MP) ou cardiodesfibriladores implantados – CDI

As pacientes portadoras de marca-passo podem necessitar de ajustes da frequência cardíaca durante o pré-natal. No momento do parto, tanto as pacientes com MP e CDI têm contraindicação ao uso de bisturi elétrico.

3.25.7.2 Infarto agudo do miocárdio – IAM durante a gestação

O IAM durante o ciclo gravídico puerperal é um fenômeno raro. Está associado a: idade materna avançada, hipertensão arterial, dissecção de artérias coronárias, diabetes, uso de cocaína e trombofilia (especialmente síndrome antifosfolípide). O diagnóstico e o tratamento devem seguir a mesma conduta para pacientes não grávidas. Em caso de procedimentos invasivos (angioplastia, revascularização) a monitoração fetal deve ser feita durante o procedimento. Sempre que possível, evitar parto em até duas semanas após o evento, devido ao maior risco de complicações neste período.

3.25.7.3 Miocardiopatia periparto

A cardiomiopatia ou miocardiopatia periparto é uma condição idiopática com disfunção grave sistólica do ventrículo esquerdo, que ocorre ao final da gestação ou mais comumente nos primeiros cinco a seis meses após o parto. O diagnóstico em geral é tardio, devido à semelhança dos sintomas e sinais com os fisiológicos da gestação. Devem ser investigadas outras causas de miocardiopatia (como viral, hipertensiva e doença de chagas), e o diagnóstico é de exclusão. O diagnóstico diferencial, além de outras causas de cardiomiopatia, deve ser feito com descompensação de cardiopatia preexistente, hipertensão arterial mal controlada, embolia pulmonar seps, edema pulmonar iatrogênico e embolia amniótica.

Os critérios diagnósticos são:

- Desenvolvimento de insuficiência cardíaca nos últimos meses da gravidez até cinco meses do pós-parto.
- Ausência de outra causa identificável de insuficiência cardíaca.
- Disfunção sistólica de ventrículo esquerdo reconhecida pela ecocardiografia, usualmente com fração de ejeção inferior a 45%.
- Outros fatores podem estar presentes, como dilatação de ventrículo esquerdo, arritmias e até envolvimento do ventrículo direito.

O tratamento é similar ao de outras miocardiopatias com insuficiência cardíaca – nos casos em que a paciente se encontra hemodinamicamente estável, antes do parto, o tratamento é realizado com betabloqueadores, hidralazina, eventualmente nitratos e diuréticos. A anticoagulação está indicada na presença de dilatação ventricular e trombos intracardíacos. No período pós-parto, a terapêutica medicamentosa é realizada com medicamentos de ação no sistema renina-angiotensinaaldosterona (Ieca ou BRA), betabloqueadores, diuréticos e espirolactona. Pode-se considerar o tratamento com

bromoergocriptina (para inibir a produção de prolactina e seus metabólitos). Na presença de instabilidade hemodinâmica, é realizada assistência ventilatória apropriada e uso de drogas vasoativas. Se gestante, proceder à antecipação do parto, em geral por cesariana nos casos instáveis.

Existe risco de piora em gestações futuras, principalmente nas mulheres que não apresentaram recuperação da fração de ejeção (maior que 55%), sendo nova gestação desaconselhada nesses casos.

3.26 Malformação

Anomalias congênicas estão presentes em cerca de 2% a 4% dos recém-nascidos. As taxas relatadas ao nascimento variam de acordo com a proporção dos casos em que o diagnóstico é realizado durante o acompanhamento pré-natal, ao tipo de avaliação clínica neonatal realizada, bem como o tempo de seguimento após o nascimento.

De forma simplificada, as anomalias congênicas são classificadas como leves ou graves, segundo a repercussão clínica, a necessidade de tratamento cirúrgico e/ou o risco à vida.

A causa ou o mecanismo subjacente das malformações pode estar relacionado a: predisposição individual, deficiência de ácido fólico, anomalia genética fetal subjacente e/ou exposição teratogênica, especialmente nas fases iniciais da gestação. Os principais fatores de risco que aumentam as chances de anomalia congênita são os seguintes:

- Idade avançada, hipertermia e obesidade materna.
- Carência nutricional, por exemplo ácido fólico.
- História de anomalia congênita em um dos pais ou filho anterior.
- Consanguinidade.
- Doenças maternas não controladas, por exemplo, diabetes, fenilcetonúria.
- Abuso de álcool e exposição a medicamentos e substâncias teratogênicas, por exemplo, radiação, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, ácido retinóico, antagonistas do ácido fólico e determinados anticonvulsivantes.
- Infecção congênita, por exemplo, toxoplasmose, citomegalovirose e rubéola.
- Gestação múltipla monozigótica.
- Alterações no volume de líquido amniótico.

3.26.1 Diagnóstico e Exames Complementares

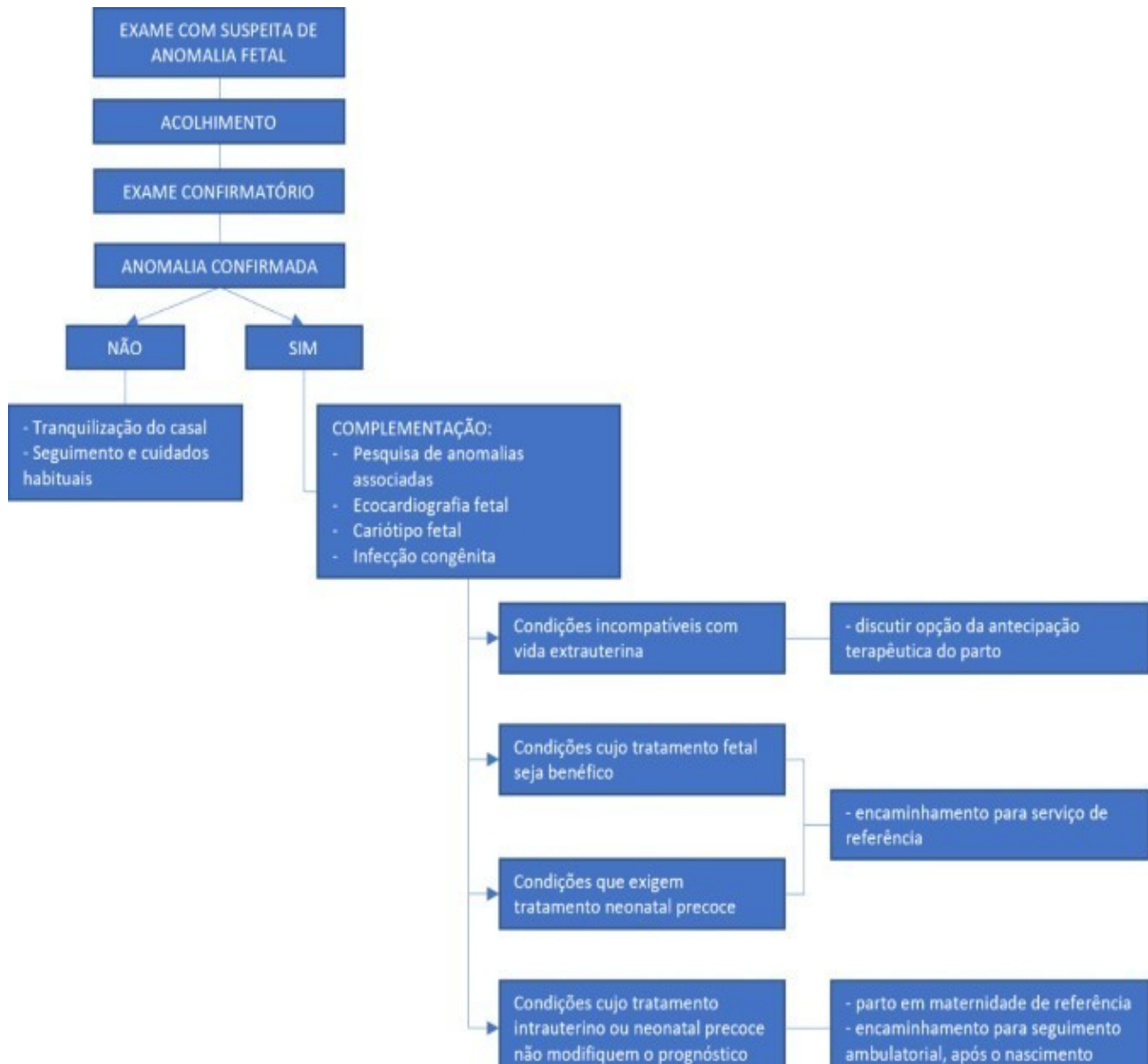
Uma vez que fatores de risco genéticos e/ou ambientais são encontrados em somente cerca de 30% dos casos, em 65% a 75% dos defeitos congênitos não é possível identificar a causa, sendo a etiologia poligênica e multifatorial. Dessa forma, para identificar a maior proporção das gestações com fetos portadores de defeito congênito, é necessário realizar o rastreamento ultrassonográfico de maneira universal, isto é, para todas as gestantes, independentemente da caracterização de fator de risco individual.

A realização rotineira do exame ultrassonográfico morfológico fetal ao redor de 20 a 24 semanas de gestação, identifica cerca de 50% a 60% das anomalias congênitas.

3.26.2 Acolhimento do Casal

- Acionamento da rede de apoio para prover medidas de suporte psicológico e emocional.
- Encaminhamento para realização de novo exame ultrassonográfico
- Diante da confirmação de anomalia estrutural fetal, está indicada a realização de exame ecocardiográfico fetal especializado, para investigação de malformações cardíacas associadas.
- Algumas alterações fetais como hidrocefalia, calcificações cranianas e/ou hepáticas, derrames cavitários e aumento de ecogenicidade intestinal podem estar associadas à infecção congênita. Nesses casos, a investigação deverá incluir a coleta de sangue materno para investigação sorológica de infecção recente por toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, parvovirose, vírus zica e sífilis.
- Discutir o prognóstico perinatal com o casal, bem como planejar e individualizar os cuidados necessários ao longo da gestação, incluindo a frequência e a periodicidade da reavaliação fetal, melhor via e momento de parto, além do local do nascimento, a depender da necessidade de cuidados específicos, no período neonatal imediato.
- Condições fetais incompatíveis com a vida extrauterina, como anencefalia ou agenesia renal bilateral, podem optar pela antecipação terapêutica do parto.

Fluxograma 3: Malformações



Fonte: BRASIL, 2022.

3.27 Asma

O controle da asma muda frequentemente durante a gestação. Classicamente 1/3 das gestantes asmáticas apresentam piora dos sintomas, 1/3 melhoram e 1/3 mantém o padrão de sintomas e crises. Exacerbações são comuns, especialmente no segundo trimestre.

Dispneia é uma queixa bastante comum na gestação. As modificações pulmonares fisiológicas da gestação deixam a gestante especialmente suscetível à ocorrência de insuficiência respiratória quando acometida por insultos agudos como broncoespasmo e infecções.

3.27.1 Classificação

A asma deve ser classificada quanto à sua gravidade – leve moderada ou grave – levando em conta os antecedentes e o nível de tratamento necessário para controle dos sintomas. A ocorrência desses sintomas ainda caracteriza a asma em controlada, parcialmente controlada e não controlada, conforme relatos dos seguintes critérios:

Quadro 31: Sintomas comuns às pacientes asmáticas

Sintomas diurnos > 2 vezes por semana
Despertares noturnos por asma
Medicação de resgate > 2 vezes por semana
Limitação das atividades por asma

Fonte: GINA: Global Initiative for Asthma – 2021.

3.27.2 Tratamento

A maioria das medicações utilizadas para tratamento da asma em gestantes é categoria B e C, assim, devemos orientar a paciente que não existe risco de malformações associadas ao tratamento.

Quadro 32: Passo a passo do tratamento de manutenção

Passo 1 – 2	Passo 3	Passo 4
CI Baixa dose + Formoterol ou Associar CI Quando β_2 curta for necessário	CI Baixa dose + Formoterol	CI Média dose + Formoterol Considerar acompanhamento especialista
Medicação alívio β_2 agonista curta ou CI baixa dose + formoterol		

Fonte: BRASIL, 2022.

3.27.2.1 Tratamento de manutenção

Quadro 33: Corticoesteroides inalatórios mais utilizados na prática clínica

Droga	Dose diária	Observação
Budesonida	200 – 1.600 mcg	Dose inicial 200 mcg 12/12h
Beclometasona	250 – 1.000 mcg	Dose inicial 250 mcg 12/12h

Fonte: BRASIL, 2022.

Quadro 34: Associações β_2 -agonista + corticosteroide inalatório

Droga	Dose Diária
Formoterol + Budesonida 12/400 mcg	1-2 inalações/dia
Salmeterol + Fluticasona 25/125, 25/250 ou 50/250 mcg	1 inalação 2x/d

Fonte: BRASIL, 2022.

3.27.2.2 Tratamento de crise asmática

Quadro 35: Tratamento crise asmática

Droga escolha	Posologia
Salbutamol – Beta 2 agonista curta duração –	De 4 a 10 “Puffs” Até 20 em 20 minutos na primeira hora
Prednisona	40-60 mg via oral
Hidrocortisona	Ataque de 200-300 mg EV
Metilprednisolona	Ataque de 40 mg EV
Sulfato de magnésio (pode ser considerado)	1 – 2 g de Magnésio IV (diluído em 100 ml de SF, correr em 20 min)

Fonte: BRASIL, 2022

Corticosteroides sistêmicos levam a resolução mais rápida da exacerbação e prevenção de recorrência, estando indicados em: crises graves, ausência de melhora dos sintomas após inalação, pacientes que já estavam utilizando corticosteroide ou que utilizaram recentemente, devendo ser mantidos por cinco a sete dias. O sulfato de magnésio apresenta ação broncodilatadora, sendo indicado apenas quando não houver resposta ao tratamento inicial. Pode ser necessário suporte de oxigênio, tendo como alvo saturação $\geq 94\%$.

3.28 Infecção do Trato Urinário (ITU) na Gestação

A infecção do trato urinário (ITU) na gravidez é uma intercorrência muito comum, acometendo cerca de 10%-12% das gestantes. Tem o potencial de promover complicações graves, tanto para a mãe quanto para o conceito, relacionando-se, principalmente, com aumento de anemia, prematuridade, baixo peso ao nascer, ruptura prematura de membranas, corioamnionite, sepse materna e neonatal e até insuficiência renal.

O agente etiológico mais comumente envolvido é a *Escherichia coli*, embora outros agentes possam estar envolvidos (como estreptococos, estafilococos, *Klebsiellas*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococos*, entre outros). Clinicamente, as ITUs podem ser

classificadas como bacteriúria assintomática, cistite (infecção urinária baixa ou do trato urinário inferior) e a pielonefrite (do trato urinário superior).

3.28.1 Bacteriúria Assintomática – BA

Situação em que se identificam bactérias em multiplicação ativa no trato urinário, sem sintomas (uma ou mais espécies de bactérias na urocultura, em quantidade superior a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitros). É diagnosticada durante a rotina de exames laboratoriais do pré-natal. Na gravidez sempre deve ser tratada, caso contrário, em cerca de 30% dos casos haverá progressão para cistite ou pielonefrite.

O tratamento da BA deve ser baseado no teste de tolerância de sensibilidade das bactérias (antibiograma), observando o risco de teratogenicidade das drogas. Recomenda-se novo exame de urocultura, como controle de cura, após duas semanas do tratamento.

A detecção de novo caso de BA favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto, utilizando-se a nitrofurantoína (100 mg ao dia) ou a cefalexina (250- 500 mg diários). Alguns recomendam não utilizar nitrofurantoína após 37 semanas pelo maior risco de icterícia neonatal.

Quadro 36: Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da bacteriúria assintomática na gestação

Antibiótico	Dose	Duração
Fosfomicina	3 g	Dose única
Nitrofurantoína	100 mg cada 6 horas	5 dias
Cefalexina	500 mg cada 6 horas	7 dias

Fonte: BRASIL, 2022

3.28.2 Cistite

A cistite ocorre em 0,3% a 1,3% das gestantes. Apresenta-se clinicamente com tenesmo vesical, disúria, desconforto suprapúbico, polaciúria, urgência miccional, hematúria macroscópica e urina com odor desagradável. É recomendada a coleta de exame de urocultura com antibiograma antes de instituir o tratamento, bem como sua

repetição como controle de cura. A repetição do episódio também indica profilaxia até o parto.

O tratamento é ambulatorial. Na presença de disúria muito incomodativa, pode-se associar a fenazopiridina por 48 horas (200 mg a cada 8 horas). Na cistite complicada, com hematúria macroscópica franca, deve-se avaliar a hospitalização e antibiótico parenteral, em abordagem semelhante à pielonefrite.

A detecção de novo caso de cistite favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto, utilizando-se a nitrofurantoína (100 mg ao dia) ou a cefalexina (250 diários). Caso a profilaxia seja com nitrofurantoína, é recomendável substituir por cefalexina 250 mg após 37 semanas, devido ao risco de icterícia neonatal com a nitrofurantoína.

3.28.3 Pielonefrite

É a infecção do parênquima renal e suas estruturas adjacentes. Acomete cerca de 1% a 2% das gestações. É mais frequente no segundo e terceiro trimestres.

Caracteriza-se por calafrios, dor lombar, anorexia, náuseas, vômitos e febre. A punho percussão lombar positiva ajuda a caracterizar o diagnóstico. O comportamento laboratorial se apresenta com piúria significativa, hematúria frequente, urocultura positiva, leucocitose com desvio à esquerda, anemia e proteína C reativa aumentada. A análise do sedimento urinário revela muitos leucócitos, geralmente em cachos e numerosas bactérias. O diagnóstico é subsidiado pela urocultura.

Feito o diagnóstico, a hospitalização é obrigatória, iniciando hidratação venosa para assegurar o desfecho urinário adequado, além de solicitar exames subsidiários como hemograma, função renal e eletrólitos. A evolução para síndrome séptica é comum; na suspeita, ampliar a propedêutica laboratorial (gasometria, lactato, proteína C reativa e provas de função hepática).

A administração do antibiótico por via venosa deve ser imediata. A preferência atual é pelo uso de ceftriaxone (2 g ao dia) durante 10 a 14 dias. Mudanças no esquema antibiótico podem ser necessárias caso não ocorra franca melhora clínica em 48 horas, ou guiadas pelo antibiograma. Casos favoráveis podem completar a antibioticoterapia em regime ambulatorial após alguns dias de internação (a cefuroxima via oral é uma alternativa à ceftriaxone). Exames de imagem podem ser necessários, principalmente na suspeita de calculose e abscesso renal. Exames de controle de cura devem ser solicitados. A profilaxia antibiótica até o parto sempre deve ser instituída após o tratamento.

3.29 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma doença causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, com distribuição geográfica mundial. Na gestação, 90% das infecções são assintomáticas, reforçando a necessidade de triagem sorológica de rotina no acompanhamento do pré-natal. Quando os sintomas ocorrem, eles são tipicamente inespecíficos e leves: febre, calafrios, suores, dores de cabeça, mialgias, faringite, hepatoesplenomegalia e/ou uma erupção maculopapular difusa e não pruriginosa.

3.29.1 Formas de Transmissão e Prevenção

- A infecção fetal geralmente resulta da transmissão transplacentária de taquizoítos após uma recente infecção materna primária.
- Orientar especialmente as gestantes suscetíveis a toxoplasmose a: evitar beber água não filtrada em qualquer configuração; higienizar as mãos após tocar o solo; lavar frutas e vegetais antes de comer; não comer carne crua ou pouco cozida; lavar tábuas de corte, facas e a pia após a preparação dos alimentos; cozinhar carne a $\geq 66^{\circ}\text{C}$ ou congelar durante 24 horas a menos de -12°C ; evitar comer moluscos crus, uma vez que a água do mar pode ser contaminada por oocistos de *T. gondii*; e não manusear caixa de areia de gatos.

3.29.2 Interpretação Sorológica e Conduta

- Anticorpos IgG: Positiva 4 semanas após contágio. Permanece para sempre. O aumento de 4 vezes o IGG também configura infecção aguda (incerto). Anticorpos IgG maternos são transmitidos via transplacentária ao conceito enquanto que os IgM não.
- Anticorpos IgM: Positiva 2 semanas após contágio. Tende a negativar entre 3-6 meses. Devido à ALTA incidência de falso-positivo, deve ser repetido em 2-3 semanas em laboratório de referência. • Avidéz: Anticorpos produzidos há menos de 4 meses têm avidéz fraca (baixa) ou intermediária, sugerindo doença recente, enquanto que anticorpos antigos têm avidéz forte (alta), indicando infecção adquirida há mais de 4 meses. Se o teste de avidéz for realizado até a 16ª semana de gestação e apontar elevado percentual de ligação de IgG ao antígeno (alta avidéz), é seguro excluir infecção aguda na gestação em curso, visto que alta avidéz indica que os anticorpos foram produzidos há mais de 12 a 16 semanas. Após 16 semanas de gestação, independentemente do resultado do teste (baixa, alta ou indeterminada), a avidéz não tem autonomia para definir o tempo da infecção.

3.29.3 Sorologia para Toxoplasmose Interpretação

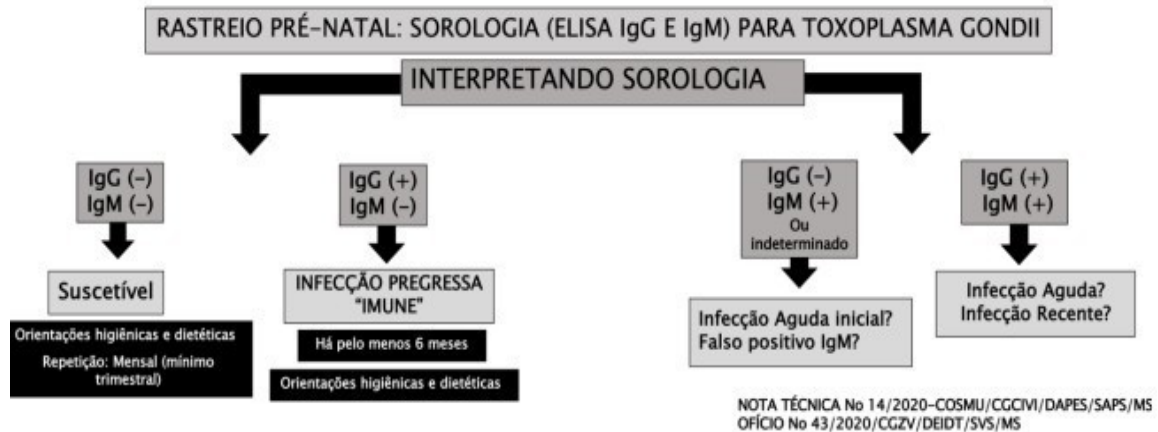
Quadro 37: Critérios para definição de caso durante a gestação de acordo com o Protocolo de Notificações e Investigações de Toxoplasmose Gestacional do Ministério da Saúde

CASO SUSPEITO	CASO PROVÁVEL	CASO CONFIRMADO	CASO DESCARTADO
IgM + ou IgM indeterminado	IgM + e IgG + + Baixa avidéz IgG ou Avidéz intermediária/ Elevada	IgM negativo + IgG negativo COM soroconversão durante gestação (IgM e IgG)	IgG + há > 3 meses pré- concepção (IgM residual: infecção anterior à gestação)
História clínica compatível com toxoplasmose	IgM + 1º sorologia após 16ºs + Títulos elevados IgG	Detecção de DNA e TG - Líquido amniótico - Tecido placentário, fetal ou de órgãos (AP, cultivo de tecido ou bioensaio)	Alta avidéz IgG em gestação < 16 semanas
USG obstétrica (exame imagem) sugestiva toxoplasmose congênita	IgM + + Títulos ascendentes IgG em amostras seriadas (intervalo mínimo 2 semanas)	Mãe de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada	IgM + + IgG negativo (2 amostras colhidas com intervalo de 2 a 3 semanas). Falso-positivo IgM: considerar gestante suscetível.
Gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose			

Fonte: BRASIL, 2018.

3.29.4 Abordagem da Toxoplasmose na Gestação: Rastreo, Prevenção e Tratamento

Figura 1: Sorologia para toxoplasma gondii



Fonte: BRASIL, 2022

3.29.5 Tratamento

Sorologia IgM reagente: independentemente do resultado da IgG, deve ser interpretada como infecção aguda, com indicação para iniciar intervenção medicamentosa.

3.29.5.1 Gestantes com sorologia IgM reagente e IgG não reagente

Iniciar espiramicina imediatamente e repetir a sorologia em duas a três semanas. Cada comprimido tem 500mg, e a dose diária é 3 gramas ao dia (2 comprimidos de 8/8 horas).

Se a repetição da sorologia mantiver IgG não reagente, trata-se de falso positivo de IgM; recomenda-se suspender a espiramicina e conduzir a gestante como suscetível (orientações higiênicas e dietéticas e repetição da sorologia);

Se ocorrer a positivação de IgG, estamos diante de uma soroconversão, ou seja, confirma-se a infecção aguda materna por *T. gondii*. A depender da idade gestacional, pode ser mantida a espiramicina ou realizada a troca para a associação de pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico. Em gestações com idade gestacional <16 semanas, mantém-se a espiramicina e inicia investigação da infecção fetal. Em gestações ≥ 16 semanas pode ser realizada a troca para o esquema tríplice imediatamente e proceder ao encaminhamento da gestante.

3.29.5.2 Sorologia IgM e IgG reagentes

Deve ser interpretada como infecção aguda com início imediato de medicamento. Em geral, para gestações com idade gestacional ≤ 16 semanas, inicia-se espiramicina e deve ser solicitado o teste de avidéz (se possível na mesma amostra sanguínea que detectou IgM e IgG). Caso o resultado do teste seja ALTA AVIDEZ em gestação com idade gestacional abaixo de 16 semanas, descarta-se que a infecção tenha ocorrido na gestação em curso, suspende-se a espiramicina e a gestante é mantida no pré-natal de risco habitual. Entretanto, se a avidéz for intermediária ou baixa, considera-se infecção aguda, mantém-se a espiramicina. Para gestações com idade gestacional >16 semanas e IgM e IgG reagentes, o resultado da avidéz não modifica a conduta, ou seja, se a avidéz for baixa, intermediária ou alta, a gestante será conduzida como infecção aguda.

3.29.6 Esquema Tríplice

Embora ainda em discussão, após 16 semanas os protocolos internacionais têm sugerido já trocar a espiramicina por pirimetamina e sulfadiazina associadas ao ácido folínico (esquema tríplice) e realizar a investigação da infecção fetal quando a idade gestacional atingir 18 semanas (e após 4 semanas da infecção materna).

Caso a PCR no líquido amniótico seja positiva para *T. gondii*, o esquema tríplice será mantido até o parto, sem alternar com espiramicina. Também já está bem estabelecido que não há necessidade de suspender a sulfadiazina um mês antes do parto, como era preconizado antigamente. Se a PCR vier negativa, pode-se voltar à espiramicina, que também será mantida até o parto. Para casos de infecção aguda diagnosticada no terceiro trimestre gestacional, devido à elevada taxa de transmissão vertical, a recomendação tem sido iniciar o esquema tríplice sem a realização da amniocentese.

Os fármacos antiparasitários utilizados no tratamento tríplice atravessam a placenta e atingem elevadas concentrações nos tecidos fetais, diminuindo o risco de alterações fetais em até 70%. O esquema tríplice é administrado nas seguintes doses:

- Sulfadiazina, 3 g ao dia;
- Pirimetamina, 50 mg ao dia;
- Ácido folínico, 10 a 20 mg 3 vezes por semana (podendo a dose ser aumentada por surgimento de neutropenia, anemia ou plaquetopenia).

3.30 HIV

No Brasil, estima-se que 0,4% das gestantes sejam soropositivas para o hiv – 12.635 gestantes/ano. A transmissão vertical: 65% ocorre durante o trabalho de parto e no parto; 35% intraútero. Existe um risco adicional do aleitamento- 7-22%. Lembrar que o índice de transmissão aumenta em 4 vezes em parto pré-termo.

A gestante portadora do HIV deverá ser orientada a respeito da infecção e do impacto positivo do uso da terapia antirretroviral (Tarv) durante o pré-natal como principal intervenção para redução do risco da TV.

A testagem para HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal, no segundo trimestre, no início do terceiro trimestre de gestação e na admissão na maternidade. Pode ser feita em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual.

3.30.1 Conduta obstétrica no pré-natal

3.30.1.1 História e exame físico inicial

Avaliar: reação emocional ao diagnóstico, informações específicas, abordagem do risco, hábitos de vida, história médica atual e passada, história reprodutiva, história familiar e social.

3.31.1.2 Avaliação laboratorial inicial

Além da rotina pré-natal habitual, acrescenta-se, para as gestantes portadoras de HIV:

- Provas de função renal e hepática.
- Repetir trimestralmente: hemograma, provas de função renal e hepática, toxoplasmose (para as não imunes), urina 1 e urocultura.
- Sorologia para hepatite A.
- Sorologia para Chagas em grupos de risco.
- Checar calendário vacinal, devendo acrescentar as vacinas para pneumococo, meningococo e Haemophilus, para mulheres menores que 19 anos não vacinadas previamente, e hepatite A para gestantes susceptíveis.

- Pesquisa de tuberculose para pacientes sintomáticas respiratórias e em situação de risco

Para as gestantes que diagnosticam HIV na gestação ou para aquelas que já sabem ser portadoras do vírus e estão com CV detectável, devem ser solicitados, na primeira consulta: carga viral, genotipagem e CD4. No entanto, não é necessário aguardar o resultado dos exames e não se deve postergar a prescrição da Tarv, principalmente em gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente.

É preciso repetir CV a cada 4 semanas até negativação e, depois disso, próximo ao parto, ao redor de 34 semanas de gestação (a última CV deve ser idealmente realizada até 4 a 5 semanas antes do parto). Além disso, deve-se solicitar CV se houver dúvidas em relação à resistência viral ou a respeito da adesão da paciente à Tarv.

3.30.2 Tratamento

As gestantes HIV positivas devem ser acompanhadas em conjunto com o SOA. A TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento. O manejo antirretroviral na gestação é realizado pela profilaxia de transmissão vertical para gestantes assintomáticas e com dano imunológico pequeno ou ausente (CD4 maior ou igual a 350). Sendo que o esquema deve ser iniciado precocemente, após 8 semanas.

Para mulheres com repercussão clínica e/ou imunológica grave, gestantes sintomáticas ou assintomáticas com CD4 menor do que 350 ou gestantes com CD4 entre 350-500 na presença de coinfeção pelo vírus da hepatite B ou C, mais que 55 anos, doença cardiovascular estabelecida ou com risco elevado, nefropatia pelo HIV, carga viral superior a 100.000 cópias, neoplasias é realizado o tratamento da infecção pelo HIV.

Deve-se utilizar esquema antirretroviral composto por 3 antirretrovirais de duas classes diferentes, seja com indicação de profilaxia ou tratamento.

Manejo de gestantes infectadas pelo HIV que não fizeram uso de TARV:

- A TARV deve ser administrada a todas as gestantes, independentemente da situação virológica, clínica ou imunológica. Esquema inicial preferencial com Tenofovir/Lamivudina (TDF/3TC) + Dolutegravir (DTG).
- Manejo da gestante em uso de TARV com CV-HIV indetectável.

Para gestantes infectadas pelo HIV, já em uso de TARV prévia ao diagnóstico da gestação e apresentando CV-HIV indetectável ou abaixo de 50 cópias/ml, recomenda-se manter o mesmo esquema ARV.

3.30.3 Via de Parto

Quadro 38: Via de parto HIV

Fluxograma quanto às situações para administração de AZT intravenoso profilático para gestante durante o parto		
Gestante com CV desconhecida ou detectável na 34ª semana	Parto cesário, eletivo, empelidado, com 38 semanas	AZT injetável IV no parto, 3 horas antes da interrupção até clampar o cordão.
Gestante com CV detectável, porém menor que 1.000 cópias/ml na 34ª semana	Parto segundo indicação obstétrica; pode ser vaginal	AZT injetável IV no parto 3 horas antes da interrupção ou durante o trabalho de parto até clampar o cordão.
Gestante com CV indetectável na 34ª semana	Parto segundo indicação obstétrica, preferencialmente vaginal	Manter TARV habitual via oral

Fonte: BRASIL, 2022.

3.31 Sífilis Materna

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, de caráter sistêmico, com evolução crônica, causada por uma bactéria espiroqueta, *Treponema pallidum*.

Pode ser classificada em:

- Sífilis primária- A primeira manifestação da sífilis é uma pápula, tipicamente indolor, no local da inoculação. Isto, logo forma uma úlcera indolor de 1 a 2 centímetros com margem aumentada e endurecida podendo ser genital ou extragenital (cancro). A úlcera está associada a linfadenopatia regional leve a moderada que é muitas vezes bilateral. O cancro pode curar espontaneamente dentro de três a seis semanas, mesmo na ausência de tratamento. O estágio primário da sífilis é frequentemente perdido nas mulheres, porque a lesão está na mucosa vaginal ou cervical.

- Sífilis secundária - A sífilis secundária é um processo sistêmico disseminado que inicia seis semanas a seis meses após o aparecimento do cancro em aproximadamente 25% das pacientes não tratadas. Uma erupção cutânea maculopapular generalizada envolvendo palma das mãos e sola dos pés e mucosas, mas geralmente não atinge o rosto, é característica desse estágio da infecção. É associada a linfadenopatia generalizada. A erupção cutânea da sífilis secundária normalmente se resolve espontaneamente dentro de duas a seis semanas.
- Sífilis latente - A sífilis latente é, por definição, assintomática. Se não for tratada, uma proporção de pacientes desenvolverá sinais e sintomas de sífilis secundária ou tardia, mas muitos permanecerão assintomáticos. Mulheres com sífilis latente podem transmitir a infecção ao feto.
- Sífilis terciária (tardia) - A sífilis terciária ocorre em aproximadamente um terço das pacientes não tratadas, mas agora é raramente vista, pois, a maioria das pacientes são tratadas deliberadamente ou inadvertidamente ao receber a penicilina para outras indicações. A sífilis terciária é caracterizada por sinais e sintomas gradualmente progressivos. As manifestações clínicas incluem a formação de lesões tipo goma e doenças cardiovasculares. Tais manifestações geralmente se desenvolvem 5 a 20 anos após a doença ter se tornado latente.
- Neurosífilis -Envolve o líquido cefalorraquidiano, meninges e vasculatura (meningite assintomática, meningite sintomática e doença meningovascular). Uma manifestação às vezes subestimada da neurosífilis precoce é o envolvimento ocular (por exemplo, uveíte), que pode ser mais comum entre as pessoas infectadas pelo HIV. Tabes dorsalis.

3.31.1 Laboratório

A estratégia mais recentemente recomendada para o rastreamento de sífilis é a chamada abordagem com algoritmo reverso. Consiste em realizar inicialmente uma prova treponêmica automatizada, que permite a execução de grande número de exames simultaneamente. Frente a uma prova imunoenzimática negativa, pode-se descartar a presença da infecção.

Uma prova imunoenzimática para sífilis positiva idealmente deveria ser confirmada com a realização de outra prova treponêmica (TPHA ou FTA-Abs), acompanhada do VDRL (prova não treponêmica) para seguimento.

A partir de 2015, no Brasil, a recomendação de triagem pré-natal inclui a realização de teste rápido (TR) para iniciar o diagnóstico. Como são testes treponêmicos (TT), a positividade confirma a presença de infecção (atual ou prévia) e autoriza o tratamento em gestantes sem tratamento anterior.

Nas gestantes identificadas com sífilis na gravidez, o acompanhamento com VDRL permite avaliar a resposta terapêutica.

3.31.2 Tratamento da Sífilis

- Gestante: Os regimes sem penicilina só devem ser considerados quando a penicilina não pode ser obtida ou para pacientes com alergia à penicilina quando a dessensibilização, não é possível.

Quadro 39: Esquema terapêutico da sífilis

Estágio clínico	Esquema terapêutico
Sífilis recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
Sífilis tardia	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada glúteo), IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM
Neurossífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias

Fonte: BRASIL, 2022.

- Parceiro sexual: Se sorologia não reagente para sífilis: devem ser tratados com Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo), presumindo o contato sexual. Caso recuse a administração do medicamento, monitorar com nova sorologia após o término do tratamento da gestante.
- Se sorologia reagente para sífilis: seguir as recomendações de tratamento já descritas acima, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina.

3.31.3 Seguimento

- Gestante

Realizar VDRL mensalmente.

Considerar os sinais e os sintomas clínicos bem como os resultados dos títulos do VDRL para avaliar a resposta ao tratamento.

- Parceiro sexual

Realizar VDRL a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e a cada seis meses no segundo ano.

Se não forem tratados com penicilina, seguimento a cada 60 dias.

- Sucesso de tratamento

A diminuição da titulação em duas diluições do VDRL em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4).

Mesmo havendo resposta adequada ao tratamento, o seguimento deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfecção.

- Investigar possibilidades de reinfecção; sinais e sintomas neurológicos e/ou oftalmológicos: Aumento da titulação em pelo menos 2 diluições; persistência ou recorrência dos sinais/ sintomas; ausência de queda esperada do título.

3.32 Hepatites Virais

As hepatites virais são a causa mais comum de icterícia na gestação. São conhecidos cinco vírus que podem causar hepatite: A, B, C, D e E.

3.32.1 Hepatite A

A hepatite A é causada por um RNA vírus (HVA) transmitido pela via fecal-oral através de água e alimentos contaminados. A doença é sintomática em 70% dos adultos e geralmente autolimitada. Inicialmente, aparecem sintomas gerais, como náuseas, vômito, perda de peso, indisposição e febre, evoluindo depois com colúria, acolia e icterícia. Laboratorialmente, há elevação importante de enzimas hepáticas e bilirrubinas.

O diagnóstico é confirmado pela detecção de anticorpos IgM contra o HVA. O pico de IgM acontece um mês após o contágio, e a positividade pode permanecer por um ano. Sugere-se realização de outros testes laboratoriais: enzimas hepáticas – alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST), fosfatase alcalina,

bilirrubinas, proteínas totais e frações. No caso de evolução insatisfatória, devem-se avaliar provas de coagulação.

3.32.1.2 Seguimento e conduta

O tratamento da doença inclui medidas de suporte e seguimento ambulatorial. A doença não costuma cursar com complicações no período gestacional, apesar de haver relatos de maior risco de prematuridade, principalmente quando a infecção acontece no segundo ou no terceiro trimestre. A transmissão vertical de hepatite A é muito rara, mas já foi relatada.

No caso de infecção aguda no momento do parto, a via de parto segue recomendação obstétrica, e o aleitamento não é contraindicado, devendo-se ressaltar medidas higiênicas de prevenção. É necessário cuidado especial com as fezes, que contêm grande quantidade de partículas virais.

3.32.2 Hepatite B

A transmissão pode se dar por via parenteral, sexual e vertical. Para o RN, a forma de transmissão mais importante é via perinatal, no momento do parto. A transmissão intrauterina é mais rara.

Há relatos de maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte fetal ou perinatal quando ocorre a infecção aguda pelo HBV durante a gestação. A associação da vacina hepatite B com o fornecimento de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) às crianças expostas, assim como a oferta de profilaxia para gestantes com antivirais, são medidas a serem adotadas para diminuir o risco de transmissão vertical.

Os fatores de risco relacionados a transmissão intrauterina são: presença HBeAg reagente materno, parto pré-termo laborioso e procedimentos obstétricos com manipulação de placenta.

3.32.2.1 Conduta pré-natal

Todas as gestantes devem ser rastreadas para hepatite B por meio da pesquisa no HBsAg no primeiro trimestre ou assim que iniciarem o pré-natal.

Pacientes com HBsAg positivo devem realizar dosagem de ALT, pesquisa de HBeAg e carga viral (CV) para HBV. Quando o HBeAg for negativo e a CV <200.000 UI/mL, é

necessário repetir no início do terceiro trimestre. Sugere-se também realização de ultrassonografia abdominal.

Para pacientes com diagnóstico de hepatite B que engravidam, devem-se solicitar enzimas hepáticas a cada três meses durante a gestação e puerpério, até o sexto mês após o parto. É preciso solicitar CV, entre 26 e 28 semanas ou em qualquer momento, se houver elevação de transaminases.

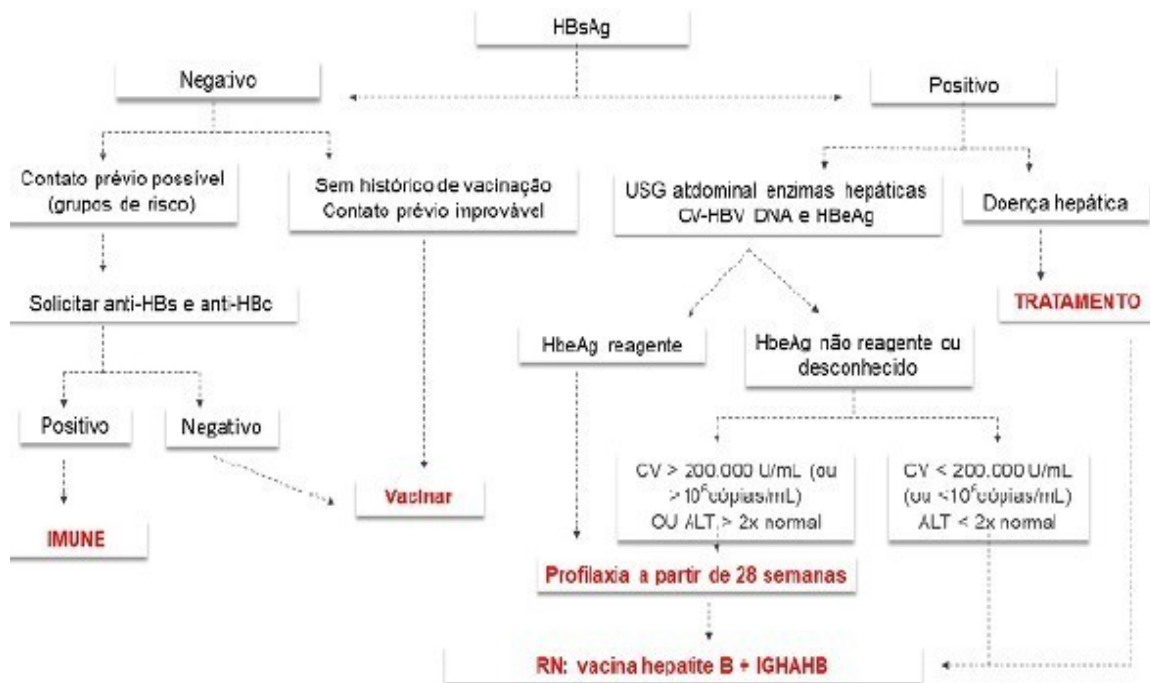
Pacientes com HBsAg negativo no pré-natal que não tenham recebido a vacina ou com esquema vacinal incompleto devem ser orientadas a completarem a vacinação. Mulheres não imunes expostas ao vírus em qualquer trimestre devem receber profilaxia através da associação de imunoglobulina e vacina para hepatite B.

Quando há sinais de replicação viral, indica-se a profilaxia da transmissão vertical com tenofovir (TDF). A medicação deve ser prescrita nas seguintes situações:

- HBsAg reagente e HBeAg reagente.
- HBsAG reagente, HBeAg não reagente ou desconhecido com CVHBV DNA >200.000UI/mL E/OU ALT >2x/normal.
- Pacientes sabidamente HBsAg reagente com início do pré-natal tardiamente: considerar profilaxia sem aguardar resultado da carga viral.
- Pacientes coinfectadas pelo HIV.

O tenofovir é indicado na dose de 300 mg/dia, a partir do 3º trimestre (28 semanas) até após o parto.

Fluxograma 4: Conduta frente ao resultado do HbsAg na gestação



Fonte: BRASIL, 2022.

3.32.3 Hepatite C

A hepatite C é causada pelo vírus C (HCV), um RNA vírus com vários genótipos que variam quanto ao prognóstico e à distribuição geográfica. A maioria das transmissões se dá por via sanguínea, de modo que pacientes transfundidos, hemofílicos e usuários de drogas são os principais grupos de risco.

O diagnóstico da hepatite C é laboratorial, feito através de imunoenaios ou testes rápidos que detectam anticorpos anti-HCV. Indicam, portanto, contato prévio com o vírus. No caso de testes reagentes, a confirmação da infecção é feita por meio de testes moleculares que detectam as partículas virais.

Para gestantes com hepatite C crônica, devem-se solicitar transaminases, gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas, proteínas totais e frações. Nos casos de evolução desfavorável, acrescenta-se coagulograma. Se houver surgimento de icterícia e prurido, é preciso repetir transaminases e solicitar dosagem de ácidos biliares.

3.32.3.1 Seguimento e conduta

Não há intervenção eficaz para diminuir a transmissão vertical, exceto evitar procedimentos invasivos e tratar a coinfeção pelo HIV. Se necessário, dá-se preferência à amniocentese. Não há tratamento específico para hepatite C na gravidez, e as medicações habitualmente usadas são contraindicadas. Para mulheres em idade reprodutiva portadoras do vírus C, o tratamento deve ser indicado antes da gestação.

A via de parto segue recomendação obstétrica, atentando-se para os cuidados de proteção da equipe assistencial. Não se deve esquecer de orientar os cuidados de prevenção aos contactantes e às parcerias sexuais e de reforçar a importância da vacinação contra outras hepatites virais.

O aleitamento não é associado ao aumento da transmissão vertical, de tal forma que não deve ser contraindicado, a menos que haja lesões mamilares importantes, com sangramento.

3.32.4 Hepatite D

O vírus da hepatite D, também chamado de Delta, é uma partícula viral incompleta que causa doença apenas na presença do vírus B. A transmissão se dá por sangue contaminado e pode ser simultânea ou posterior à do HBV.

O diagnóstico pode ser feito por meio da detecção de anticorpos anti- HDV, de antígenos ou genoma viral. A hepatite D deve ser investigada em portadores crônicos do HBV que residam ou que tenham estado em áreas endêmicas.

Há possibilidade de transmissão vertical. O seguimento e a profilaxia são os mesmos recomendados para a hepatite B, devendo-se ressaltar a importância da vacinação contra o HBV.

3.32.5 Hepatite E

A hepatite E é causada por RNA vírus com epidemiologia e quadro clínico muito semelhantes ao da hepatite A. É mais prevalente em regiões com condições sanitárias precárias.

A apresentação do HEV na gestação varia desde uma doença leve e subclínica, com resolução espontânea em uma a quatro semanas, até uma doença fulminante com falência hepática e alta mortalidade.

O diagnóstico é feito pela detecção do RNA viral no sangue ou nas fezes, detectável desde o período de incubação até 21 dias após o aparecimento dos sintomas. Pode-se realizar a pesquisa de anticorpos. O anti-HEV IgM aparece na doença aguda e persiste por poucos meses. O anti-HEV IgG fica positivo por anos.

A suspeita de hepatite E em áreas não endêmicas deve se basear na exclusão de outras hepatites virais, de Epstein-Barr e de citomegalovírus. Da mesma forma que a hepatite A, a hepatite E tipicamente causa uma doença aguda, mas pode ser mais severa na gestação com maior taxa de evolução para hepatite fulminante.

O manejo segue as mesmas recomendações da hepatite A. A via de parto segue recomendações obstétricas e o aleitamento não é contraindicado.

3.33 Infecções Genitais

3.33.1 Candidíase Vulvovaginal

É a infecção da vulva e vagina causada por um fungo. A gestação predispõe à candidíase em virtude das alterações hormonais próprias desse período, da maior umidade local e das alterações imunológicas características do estado gravídico. Cerca de 80% a 90% dos casos são devidos a *C. albicans* e de 10% a 20% a outras espécies (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. Parapsilosis*).

O quadro clínico da vulvovaginite fúngica caracteriza-se principalmente por disúria, prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável), dispareunia, corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso, hiperemia, fissuras e maceração da vulva, edema vulvar, placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrando a vagina e colo uterino.

Para o tratamento da candidíase somente os medicamentos azólicos para uso tópico, são recomendados para uso durante a gestação. As taxas de cura são de aproximadamente 90%. Os seguintes medicamentos podem ser utilizados:

Derivados imidazólicos:

- Miconazol: creme vaginal 20 mg/g, um aplicador durante 7 a 14 dias.
- Clotrimazol: creme vaginal 10 mg/g, um aplicador durante 7 dias, ao deitar.
- Terconazol: 8 mg/g creme vaginal, um aplicador vaginal durante 5 dias.
- Isoconazol: 10 mg/g creme vaginal, um aplicador durante 7 dias.
- Butoconazol: 20 mg/g creme pré-embalado, dose única.

- Fenticonazol: óvulos de 600mg em dose única; ou creme vaginal (0,02g/g, um aplicador vaginal durante 7 dias.

Poliênico:

- Nistatina: creme 25.000 UI/g, um aplicador vaginal durante 14 dias.

O uso de fluconazol, itraconazol ou cetoconazol por via oral estão contraindicados durante a gravidez.

3.33.2 Vaginose Bacteriana

É condição altamente prevalente, correspondendo à causa mais comum de corrimento vaginal. Em gestantes, a prevalência varia de 9% a 28%. A vaginose bacteriana aumenta o risco de aquisição das IST (incluindo o HIV), e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea).

O quadro clínico caracteriza-se por corrimento de intensidade variável, acompanhado de odor vaginal fétido (caracterizado frequentemente como “odor de peixe estragado” ou amoniacal), que piora o com o intercurso sexual desprotegido. Cumpre lembrar que aproximadamente 50% das pacientes com VB são assintomáticas.

Ao exame ginecológico não são observados sinais inflamatórios na vulva. Ao exame especular, o conteúdo vaginal apresenta-se fluido, com aspecto homogêneo, em quantidade variável (geralmente escassa, mas pode ser moderada ou abundante) e com coloração esbranquiçada, branco-acinzentada ou amarelada. Durante o exame ginecológico é útil realizar-se a medida do pH vaginal, colocando-se fita indicadora de pH em contato com o conteúdo vaginal por 30 segundos e comparando-se com a escala de cores (que fica na embalagem da fita indicadora). Recomenda-se também a realização do teste das aminas (também conhecido como *whiff test* ou teste do cheiro), que é realizado se colocando uma gota de conteúdo vaginal em lâmina de vidro e adicionando-se uma gota de solução de hidróxido de potássio a 10%. Quando o teste é positivo há o desprendimento de odor fétido (odor “de peixe podre” ou amoniacal), característico da VB, como anteriormente mencionado.

Para confirmação do diagnóstico clínico, serviços que possuem laboratório de citopatologia podem se utilizar dos critérios de Amsel e de Nugent (que envolvem bacterioscopia e coloração de Gram).

O tratamento para VB é recomendado para todas as gestantes sintomáticas. Podem ser utilizados os seguintes esquemas terapêuticos:

- Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias.
- Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador via vaginal, à noite ao deitar, por 5 dias.

- Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.

Não se recomenda o tratamento concomitante do(s) parceiro(s) sexuais, especialmente no primeiro episódio.

Importante lembrar que não existe plena segurança para utilização de tinidazol ou secnidazol (2 g por via oral em dose única) durante a gestação.

Com relação ao tratamento da vaginose bacteriana assintomática em gestantes, recomenda-se seu tratamento apenas naquelas consideradas de maior risco para parto prematuro (com parto prematuro anterior ou colo curto).

3.33.3 Tricomoniase

Causada pelo *Trichomonas vaginalis* e a sua principal forma de transmissão é a sexual. Durante a gestação, a tricomoniase está associada a eventos adversos, sendo associada a risco maior de parto prematuro, rotura prematura de membranas e recém-nascidos com baixo peso para a idade gestacional.

A maioria das pessoas com tricomoniase (70%-85%) é assintomática ou apresenta sintomas genitais mínimos. A infecção não tratada pode permanecer por meses ou anos. Os sintomas, quando presentes, são representados por queixa de corrimento, geralmente profuso, amarelado ou amarelo-esverdeado e com odor fétido. As queixas de irritação, ardor ou sensação de queimação genital são frequentes. Sintomas como disúria e dispareunia também são referidos pelas pacientes.

Ao exame ginecológico podem ser observados sinais inflamatórios na vulva, cuja intensidade dependerá da intensidade do processo. O especular revela aumento do conteúdo vaginal com as características anteriormente descritas e hiperemia das paredes vaginais e da cérvix uterina. Os pontos de sangramento no colo e “aspecto de morango”, classicamente descritos, podem estar presentes. O teste de Schiller pode evidenciar ectocérvice manchada com o característico “aspecto tigroide”. O pH vaginal encontra-se elevado, geralmente igual ou maior a 5.0, e o teste de aminas (descrito para a vaginose bacteriana) é frequentemente positivo.

O diagnóstico clínico pode ser confirmado facilmente pela identificação do patógeno na microscopia direta. A presença de *Trichomonas vaginalis* no exame de colpocitologia oncótica deve conduzir ao tratamento da gestante e de seu(s) parceiro(s), mesmo em casos assintomáticos. Embora esse exame não seja adequado para o diagnóstico da tricomoniase, infelizmente é o único disponível em muitos serviços de assistência pré-natal.

O tratamento deve ser realizado com:

- Metronidazol 500 mg por via oral de 12 em 12 horas por 7 dias OU

- Metronidazol 2 g por via oral em dose única.

Para homens, podem ser utilizados:

- Metronidazol 2 g por via oral em dose única OU
- Tinidazol 2 g por via oral em dose única.

O tinidazol e o secnidazol não devem ser usados na gravidez. O tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) é obrigatório. Por tratar-se de infecção sexualmente transmissível, recomenda-se realização de painel sorológico concomitante com testes para hepatite B e C, sífilis e HIV. Além disso, vale lembrar a importância do controle de cura microbiológico 30 dias após o fim do tratamento.

3.33.4 Clamídia e Gonorreia

Agentes etiológicos frequentes de cervicite mucopurulenta ou endocervicite. As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%).

Quando presentes, os sintomas são representados por corrimento, ardor ou prurido genital, eventualmente disúria, dispareunia. Algumas mulheres referem dor ou desconforto no baixo ventre.

A cervicite é caracterizada clinicamente por dois sinais:

- 1) conteúdo purulento ou muco purulento visível exteriorizando-se pelo canal cervical ou que apareça em um *swab* de algodão introduzido no colo uterino;
- 2) sangramento quando se introduz delicadamente um *swab* de algodão na endocérvice, embora na gestante esta possibilidade possa se confundir com a facilidade de sangramento devido ao aumento de vascularização e edema gestacionais. Havendo qualquer um dos sinais a paciente deve ser testada para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, que são os agentes mais frequentes.

O tratamento da infecção por *Chlamydia trachomatis* em gestantes é realizado com: Azitromicina 1 g via oral, em dose única.

Está contraindicado na gestação o uso de doxiciclina.

As infecções não complicadas por *Neisseria gonorrhoeae* (cérvice uterina, uretra, reto) devem ser tratadas com: Ceftriaxona 500 mg via intramuscular em dose única associada à Azitromicina 1 g via oral em dose única.

Em casos em que ocorre falha terapêutica (persistência de sintomas cinco dias após o término do tratamento, sem contato sexual) deve ser realizada nova coleta de

material para realização de cultura com teste de sensibilidade aos antibióticos. Também deve ser realizada a cultura quando o teste de controle pós-tratamento for positivo.

É extremamente importante o tratamento simultâneo do parceiro com o mesmo esquema utilizado para a gestante. Recomenda-se a realização de exames de controle pós-tratamento, em um período mínimo de 30 dias. O casal deve ser orientado para abster-se de relações sexuais ou utilizar preservativo por até uma semana após o tratamento.

Nas gestantes com os fatores de risco clássicos para as doenças sexualmente transmissíveis, recomenda-se novo teste três meses após o tratamento, para verificar se ocorreu reinfecção.

Vale ressaltar novamente a importância da correta identificação e tratamentos das cervicites, mas que essas doenças não alteram a via de parto.

3.33.5 Cancro Mole

De transmissão exclusivamente sexual, causada pelo *Haemophilus ducreyi*. Também chamado de cancroide, cancro venéreo ou Cancro de Ducrey. O período de incubação é geralmente de 3 a 5 dias, por até 2 semanas. A doença não apresenta aparentemente riscos ao feto ou ao neonato.

Os sintomas incluem lesões geralmente múltiplas, dolorosas e com bordas irregulares. O fundo é recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido. A localização mais comum na mulher é na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em aproximadamente 50% dos pacientes, o bacilo atinge os linfonodos inguinocrurais (bubão).

O tratamento é realizado com: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única ou ceftriaxona 500 mg, IM, dose única. Tratar o parceiro.

3.33.6 Herpes Genital

Causada por HSV (herpes simplex vírus) 1 e 2. Embora possam apresentar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas periorais.

Na infecção primária pode ocorrer febre, mal-estar, mialgia e disúria. Nas mulheres pode simular quadro de infecção urinária. Linfadenomegalia inguinal dolorosa. As lesões cutâneas e/ou mucosas, muito dolorosas, apresentam-se como vesículas agrupadas, de 2 a 3 mm, com conteúdo citrino, evoluindo para pequenas úlceras.

O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primoinfecção e tende a ser na mesma localização da lesão inicial. Pode ser precedido de sintomas prodrômicos característicos.

As lesões têm regressão espontânea em sete a dez dias, com ou sem cicatriz.

A abordagem terapêutica para pacientes com episódios de HSV genital durante a gestação deve ser composta por analgésicos (paracetamol e lidocaína tópica 2%), medicação antiviral e planejamento da via de parto.

Quando ocorrem durante o primeiro ou segundo trimestres, deve-se administrar aciclovir 400 mg, via oral, de 8 em 8 horas, por 5 a 7 dias, e iniciar esquema de supressão a partir da 36ª semana. Se o episódio ocorrer no terceiro trimestre, o aciclovir deve ser mantido com a mesma posologia até o parto.

Nos episódios primário e não primário, a replicação viral é alta e continua mesmo após o desaparecimento das lesões. Por isso, indica-se a via alta diante de lesões ativas e sempre que os episódios aconteceram no 3º trimestre (após 28 semanas), ou com intervalo menor que 6 semanas entre as lesões e o parto. Portanto, a cesariana deve ser indicada, preferencialmente antes da rotura das membranas. Caso a rotura já tenha ocorrido, há benefício em realizar parto via alta, mesmo após quatro horas.

3.33.7 Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)

É uma das IST mais frequentes no mundo. A maioria das infecções é assintomática. A prevalência de câncer de colo uterino ou lesões precursoras é igual em gestantes e não gestantes. O risco de progressão de lesões precursoras para carcinoma invasor no período gestacional é baixo, sendo aceitável a conduta conservadora, evitando procedimentos que tragam risco para a gestação.

A transmissão pode ocorrer do HPV da mãe para o recém-nascido pode ocorrer de diversas formas, tanto em partos vaginais quanto em cesáreas. Além disso, há evidência de transmissão pós-natal por meio do contato da mãe ou familiares ao prestar cuidados à criança. As manifestações clínicas no recém-nascido são extremamente raras.

A manifestação mais comum de infecção pelo HPV na gestação é o condiloma acuminado, que tende a surgir ou se proliferar nessa fase, devido ao aumento da vascularização, alterações hormonais e imunológicas.

A coleta de citologia é segura durante a gravidez, não causando abortamento, trabalho de parto prematuro ou outras complicações obstétricas. Indica-se a coleta de citologia para todas as gestantes seguindo as mesmas recomendações das mulheres não grávidas. A coleta deve ser realizada conforme a técnica habitual, com espátula de

Ayre e escova endocervical. Não há recomendação quanto a um período melhor para realização do exame. Pode-se considerar a coleta após o primeiro trimestre com o objetivo de evitar ansiedade da gestante quanto a eventuais sangramentos.

O tratamento do condiloma acuminado tem como objetivo do tratamento é a destruição ou extirpação das lesões. Os tratamentos indicados na gravidez são o ácido tricloroacético e os métodos físicos excisionais. A podofilina, o interferon e o 5- fluoroacil são contraindicados.

A conduta inicial em alterações citológicas durante a gestação é semelhante à conduta em não gestantes.

A via de parto é de indicação obstétrica, com exceção de casos de condilomas gigantes causando obstrução do canal de parto. Não há evidência de que cesárea eletiva garanta proteção contra transmissão vertical do HPV. Também não existe comprovação de que a via de parto modifique a evolução das lesões intraepiteliais.

3.34 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa crônica de distribuição global. O Brasil é um dos 30 países com alta carga da doença. É uma das principais causas de morte em mulheres em idade reprodutiva. É causada por uma micobactéria, sendo o *Mycobacterium tuberculosis* o principal agente etiológico no Brasil. Trata-se de um bacilo álcool-ácido resistente.

A transmissão ocorre por via respiratória, pela inalação de gotículas aerossóis contendo bacilos, liberados por indivíduos doentes (tuberculose ativa pulmonar ou laríngea), ao tossir, falar ou espirrar.

A tuberculose pode apresentar uma vasta plêiade de manifestações, sendo a forma mais comum a tuberculose pulmonar. O Diagnóstico baseia-se na suspeita clínica e na confirmação laboratorial da presença do bacilo em secreções e tecidos do paciente.

O tratamento antimicrobiano envolve drogas com atividade bactericida precoce, atividade esterilizante e que sejam capazes de prevenir resistência bacteriana. O tratamento adequado com o esquema básico resulta em cura em 80%-85% dos casos.

- Medicamentos seguros na gravidez: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol.
- Medicamentos seguros no aleitamento materno: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomina e Terizidona.

O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para as gestantes e está recomendado o uso da Piridoxina 50 mg/dia durante a gestação pelo risco de toxicidade neurológica (devido a isoniazida) no recém-nascido.

Quadro 40: Esquema básico para o tratamento da TB

Esquema básico para o tratamento da TB				
Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
Fase intensiva 2 RHZE	RHZE 150/75/400/275 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	
Fase de manutenção 4 RH	RH 150/75 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	4
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	

Fonte: BRASIL, 2022.

Após início do tratamento, deve ser realizado controle de cura, por meio da coleta mensal de pesquisa de Baar no escarro, até a obtenção de duas amostras consecutivas negativas.

3.34.1 Particularidades da Tuberculose na Gravidez

A gestação não interfere na história natural da tuberculose e gestantes não são mais vulneráveis à doença. A gestação pode dificultar o diagnóstico da tuberculose, principalmente pelo fato de sintomas como inapetência, mal-estar e cansaço confundirem-se com queixas comuns na gestação.

O não tratamento da tuberculose ao longo da gestação determina aumento de morbimortalidade materna e conceitual. O tratamento adequado e precoce, por sua vez, causa grande impacto positivo no curso da gestação.

É imprescindível a realização de sorologia para HIV, uma vez que existem altas taxas de coinfeção na nossa população.

Na gestante, sugere-se coleta mensal de enzimas hepáticas, a fim de se monitorar efeitos adversos das medicações. O hemograma deve ser realizado no segundo e no terceiro trimestre, devido ao aumento da incidência de anemia em gestantes com tuberculose.

Recomenda-se controle ultrassonográfico mensal do crescimento fetal a partir de 28 semanas de gestação.

3.35 Pré-natal Cuidados

3.35.1 Vitaminas

O uso de multivitamínicos pré-natais não demonstrou melhorar os resultados maternos e neonatais.

Ácido fólico de 0,4 a 0,8 mg para reduzir o risco de defeitos do tubo neural. O ácido fólico pode ter benefícios não relacionados à prevenção de defeitos do tubo neural, mas os dados disponíveis ainda são insuficientes.

Ferro de 15 a 30 mg para prevenir anemia ferropriva. Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam 30 mg/dia.

3.35.2 Dieta

Não existem recomendações em relação ao uso de chás e ervas medicinais. É orientado não usar medicamentos fitoterápicos pela falta de estudos em gestantes (com exceção do gengibre).

Escolher alimentos com densidade nutricional (alimentos que contêm níveis elevados de nutrientes importantes em comparação com a quantidade de calorias, como frutas e vegetais, manteigas de nozes e nozes, iogurte) para atender aos maiores requisitos de nutrientes na gestação sem exceder as necessidades calóricas.

No primeiro trimestre da gravidez, as mulheres tipicamente não precisam aumentar sua ingestão calórica. No segundo e terceiro trimestres, a maioria das mulheres precisará aumentar o consumo de calorias para promover o aumento de peso apropriado. Em média, as mulheres precisam apenas de aproximadamente 340 e 450 kcal/dia a mais no segundo e terceiro trimestres, respectivamente (2200 e 2900 kcal/dia).

3.35.2 Ganho de Peso

A gravidez é um fator de risco para aumento de peso excessivo, o que aumenta os riscos futuros de doenças cardiovasculares e diabetes. Tanto o aumento de peso excessivo como a obesidade têm sido associados a um risco aumentado de cesariana e macrossomia.

Quadro 41: Ganho de peso recomendado para a mãe durante a gestação

GANHO DE PESO RECOMENDADO (EM KG) PARA A MÃE DURANTE A GESTAÇÃO			
ESTADO NUTRICIONAL ANTES DA GESTAÇÃO (IMC)	GANHO DE PESO TOTAL NO 1º TRIMESTRE	GANHO DE PESO SEMANAL MÉDIO PARA O 2º e 3º TRIMESTRE	GANHO DE PESO TOTAL DURANTE A GESTAÇÃO (kg)
Mães de Baixo peso (IMC até 18,4kg/m ²)	2,3Kg	0,5Kg	12,5-18,0Kg
Mães de peso adequado (IMC de 18,5 kg/m ² até 24,9 kg/m ²)	1,6Kg	0,4Kg	11,5-16,0Kg
Mães com sobrepeso (IMC de 25kg/m ² até 29,9 kg/m ²)	0,9Kg	0,3Kg	7,0-11,5Kg
Mães com obesidade (IMC acima de 30kg/m ²)	0Kg	0,3Kg	7,0Kg

Fonte: Ministério da Saúde

Fonte: BRASIL, 2022.

3.35.4 Cuidados Odontológicos

A prevenção, o diagnóstico e o tratamento das condições bucais não devem ser atrasados por causa da gravidez. As radiografias dentárias (com proteção do abdômen e da tireóide) e procedimentos com anestesia local como extração dentária, canal radicular, restauração (amálgama ou composto) de cárie não tratada, uso de fio dental e raspagem de placa bacteriana ou biofilme não são nocivas para o feto.

3.36.5 Vícios

Não fazer consumo de álcool, drogas e cigarro.

3.35.6 Atividade Física

Em gravidez sem complicações, a seguinte prescrição de exercício é razoável e faz parte de um estilo de vida saudável: exercício de intensidade moderada (capaz de realizar uma conversa normal durante o exercício) que inclui exercício aeróbico e treinamento de força, realizado por 30 minutos diários, cinco a sete dias por semana. Não há evidências que o repouso no leito reduz abortamento, trabalho de parto pré-termo, PE ou que melhore os resultados em gestações múltiplas ou RCIU.

Além de causar perda de densidade trabecular óssea, aumento do risco de TEP, descondiçãoamento muscular-esquelético e dificultar o relacionamento com familiares.

3.35.7 Emprego

Uma mulher com uma gravidez sem complicações que é empregada onde não há maiores riscos potenciais do que aqueles encontrados na rotina de vida diária pode continuar a trabalhar sem interrupção até o parto. No entanto, a segurança no local de trabalho e as exigências físicas do trabalho da mulher devem ser consideradas, especialmente em mulheres com maior risco de parto prematuro.

3.35.8 Atividade Sexual

Teoricamente, a relação sexual pode levar ao trabalho de parto devido à estimulação física do segmento uterino inferior, liberação endógena de ocitocina como resultado do orgasmo, ação direta das prostaglandinas do sêmen ou aumento da exposição a agentes infecciosos. No entanto, na ausência de complicações da gravidez (por exemplo, sangramento vaginal, ruptura das membranas), não há provas suficientes para recomendar abstinência sexual durante a gravidez. A maioria dos estudos não demonstrou risco aumentado de parto prematuro ou complicações infecciosas, a menos que uma doença sexualmente transmissível seja adquirida.

3.35.9 Viagem

Gestantes que necessitam viajar devem saber a disponibilidade de recursos médicos no seu destino.

Há um aumento maior do risco de tromboembolismo venoso durante a gestação associada imobilidade prolongada.

3.35.9.1 Viagem aérea

Problemas relacionados com a viagem aérea (por exemplo, acesso a medicamentos, menor ambiente de oxigênio, movimento restrito).

A maioria das empresas permite viagem até 37 semanas. O batimento cardíaco fetal não é afetado durante o voo.

3.36 Queixas Comuns

3.36.1 Náuseas e Vômitos

- Evitar estômago vazio.
- Eliminar café, pimenta, alimentos com “cheiro forte”, muito ácido ou doce.
- Preferir alimentos com base em proteína; salgados; com pouca gordura; secos.
- Beber chá de hortelã; bala de hortelã.
- Preferir bebidas claras, gaseificadas e azedas.
- Não cozinhar.
- Gengibre.
- Medicamento: piridoxina (vitamina B6); piridoxina+doxilamina (anti-histamínico); meclin (anti-histamínico); plasil (antagonista da dopamina); vonau (antagonista da serotonina).

3.36.2 Constipação

- Aumentar a ingesta hídrica e de fibras;
- Hidróxido de magnésio (2-4 colheres de sopa uma vez ao dia) e lactulona (1 colher de sopa ao dia);
- Evitar óleo mineral.

3.36.3 Hemorroida

- Proctyl pomada (aplicar 2-3 vezes ao dia)

3.36.4 Rinite

Durante os dois últimos meses da gestação pode haver um quadro de rinite gestacional que desaparece duas semanas após o parto e não tem evidência de melhora com tratamento medicamentoso.

Para as gestantes que tenham rinite prévia, o tratamento em caso leve a moderado é feito com anti-histamínico (loratadina 10 mg por dia) e para casos de moderado a severo, anti-histamínico e corticoide nasal (budesonida 32 mcg 2 jatos em cada narina 2 vezes ao dia).

3.36.5 Insônia

- Tratamento deve ser realizado a curto prazo- anti-histamínicos e zolpidem (5 a 10 mg por dia).
- Evitar benzodiazepínicos.

3.36.6 Varizes

- Meia elástica não previne veias varicosas, mas alivia os sintomas.

3.36.7 Diarreia

- Hidratação e mudança da dieta. Recuperação da flora intestinal.

3.36.8 Polaciúria

- Aumento da frequência urinária é a mais comum queixa na gestação, afeta 80-95% das mulheres. Frequência urinária (7 vezes ao dia) e noctúria (2 vezes por noite).

4. FLUXOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA O CENTRO DE SAÚDE DA MULHER

4.1 Endocrinologia

Subespecialidade: Endocrinologia / gestantes

Patologias atendidas

Diabetes Mellitus:

- Tipo 1 (diagnóstico prévio à gestação): encaminhar a paciente para os ambulatórios de Endócrino-gestante, Nutrição e Alto Risco;

- Tipo 2 (diagnóstico prévio à gestação): encaminhar a paciente para os ambulatorios de Endócrino-gestante, Nutrição e Alto Risco;
- Gestacional (DMG) – (diagnóstico durante a gestação conforme critérios para rastreamento);
- Outros tipos específicos de Diabetes;

1ª consulta do pré-natal: Glicemia de Jejum (GJ):

- se GJ < 92 mg/dl realizar TOTG 75g entre 24-28ª semanas;
- se GJ 92-125 mg/dl realizar TOTG 75g imediato;
- se normal, repetir TOTG 75g entre 24-28ª semanas;
- se alterado, diagnóstico de DMG encaminhar a paciente para os ambulatorios de Endócrino-Gestante, Nutrição e Alto Risco;
- se GJ $\geq$ 126 mg/dl repetir GJ, e se novamente $\geq$ 126 mg/dl diagnóstico de DM independente da gestação e encaminhar a paciente para os ambulatorios de Endócrino-gestante, Nutrição e Alto Risco;

*TOTG sempre com 03 amostras: jejum/1h após 75g dextrose oral/2h após 75g dextrose oral

- os valores normais são :
- <92 para o jejum;
- <180 01 h após 75 g dextrose oral e
- <153 02h após 75g dextrose oral;
- se qualquer uma das 03 medidas alterada, encaminhar para o ambulatório Alto Risco e Endócrino-gestante;

Hipo ou hiperfunção tireoidiana:

- Hipotireoidismo (diagnóstico prévio ou durante a gestação):
- Hipertireoidismo (diagnóstico prévio ou durante a gestação):

1ª consulta do pré-natal – TSH:

- TSH<0,1 encaminha a paciente para o ambulatório Endócrino- gestante e Alto Risco;

- TSH 0,1 - 2,5 = NORMAL
- se TSH 2,6 - 4,0 dosar Ac anti-TPO:
- se negativo não trata;
- se positivo trata com LT4 050 e encaminha a paciente para o ambulatório Endócrino-gestante e Alto Risco;
- se TSH 4,1 - 9,9 já inicia tratamento com LT4 01 mcg/kg/dia, dose T4 livre e encaminha para o ambulatório Endócrino-gestante e Alto Risco;
- T4 livre dentro do valor de referência mantém LT4 01 mcg/kg/dia
- T4 livre baixo aumenta LT4 para 02 mcg/kg/dia
- se TSH 10 ou mais já inicia imediatamente tratamento com LT4 02 mcg/kg/dia e encaminha para o ambulatório Endócrino-gestante e Alto Risco;
- em tratamento com LT4, meta do TSH é 0,4 – 2,5
- dose-se TSH a cada 04 semanas

Obesidade:

- se IMC ≥ 30 kg/m² pré-gestacional encaminhar para os ambulatórios de Endócrino-gestante e Nutrição com Glicemia de jejum e TSH já solicitados;

Outras patologias: que devem ser encaminhadas para o Ambulatório de Endócrino-gestante: nódulo tireoideano, bócio, câncer de tireoide, diabetes insipidus, hipo ou hiperparatireoidismo, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, outros tumores adrenais, insuficiência adrenal, síndrome de cushing, acromegalia e outras doenças hipofisárias.

Prioridades de agendamento:

- Diabetes Gestacional
- Alterações no exame de TSH

A diabetes mellitus gestacional (DMG) pode causar complicações a curto e longo prazo, tanto para a mãe quanto para o bebê. As complicações obstétricas variam desde parto prematuro até pré-eclâmpsia; o bebê pode nascer grande e ter complicações como hipoglicemia e desconforto respiratório. É importante salientar também que as mulheres que tiveram diagnóstico de DMG têm maior risco de progredir para diabetes

mellitus tipo 2 (DM2) e os seus filhos, maior chance de ficarem obesos e com DM2 ao longo da vida. A placenta é uma fonte importante de hormônios que reduzem a ação da insulina, sendo que o pâncreas aumenta a produção de insulina para compensar esse quadro. Quando esse processo não ocorre, as gestantes desenvolvem DMG.

Riscos para desenvolvimento de DMG:

1. Histórico familiar de diabetes mellitus;
2. Ter exames de sangue com glicose alterada em algum momento antes da gravidez;
3. Excesso de peso antes ou durante a gravidez;
4. Gravidez anterior com feto nascido com mais de 04 kg;
5. Histórico de aborto espontâneo sem causa esclarecida;
6. Ter hipertensão arterial;
7. Ter ou já ter tido em gestação anterior pré-eclâmpsia ou eclâmpsia;
8. Ter síndrome dos ovários policísticos;
9. Usar corticóides.

Hiperglicemia na gestação (sem diagnóstico de DM prévio à gestação)

Diabetes mellitus diagnosticado na gestação se: glicemia de jejum = ou >126 OU glicemia ao acaso = ou >200 OU Hb gl = ou >6,5% OU TOTG após a 24a semana = ou >200.

Diabetes mellitus gestacional se: glicemia de jejum 92-125 OU TOTG após a 24a semana com glicemia de jejum 92-125 OU glicemia 1h = ou >180 OU glicemia 2h 153- 199.

O valor da Hb gl entre 5,7% e 6,4% no primeiro trimestre é importante fator de risco para diagnóstico de DMG.

* para aumentar a reprodutibilidade do TOTG, este deve ser precedido por dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão diária de 150g de carboidratos durante os 3 dias anteriores ao teste e com jejum de 08 horas.

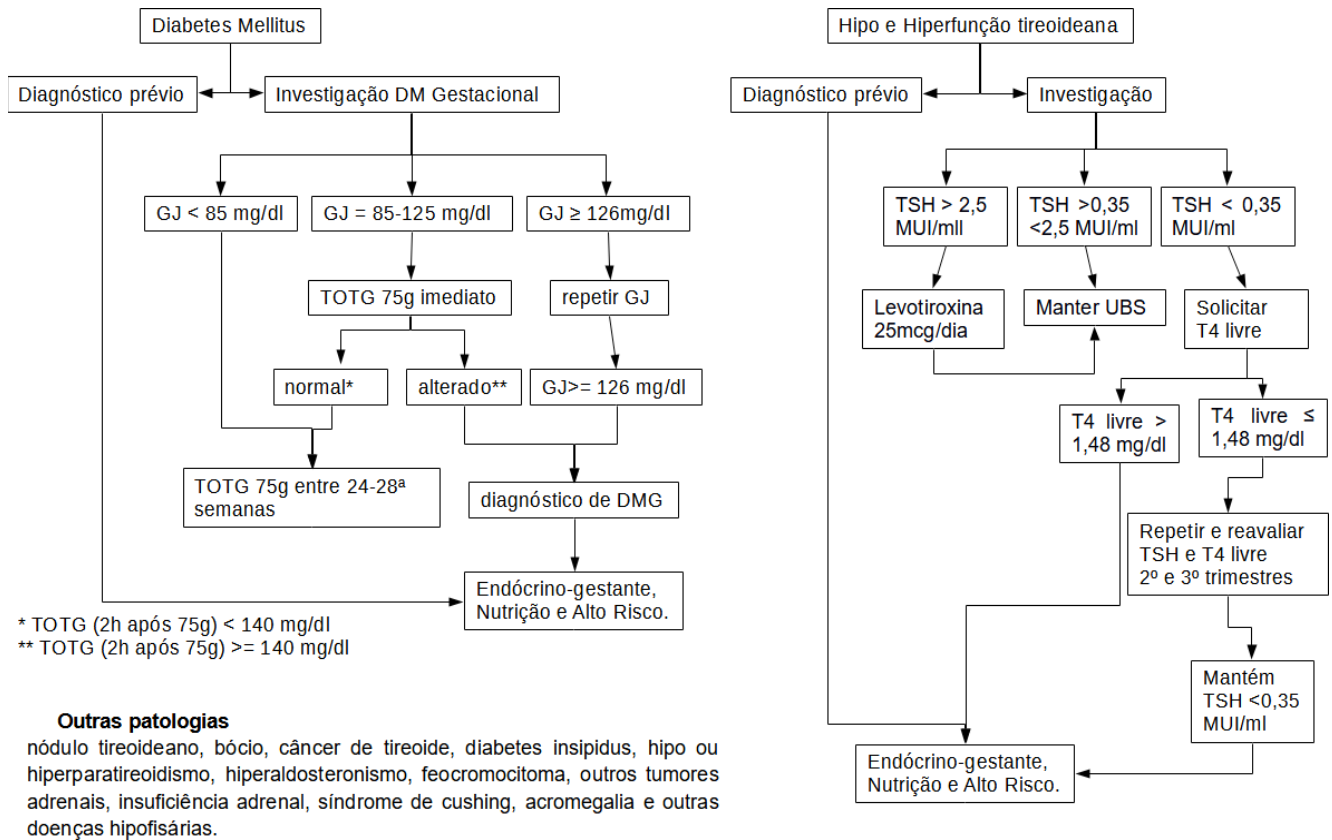
** para as gestantes que não conseguem fazer TOTG, seja por hiperemese, cirurgia bariátrica ou outro motivo, 07 glicemias capilares 1h pós-prandial >140 fazem o diagnóstico de DMG.

A passagem da glicose para o feto ocorre por difusão facilitada, então monitorar glicemias capilares 01 h pós-prandial, não devendo estas ultrapassarem 140 mg/dl é o padrão-ouro.

Metas das glicemias capilares para gestantes:

- 070-095 para o jejum
- 070-140 01 h pós-prandial
- 070-120 02 h pós-prandial

Fluxograma 5: Encaminhamento para endocrinologia



Fonte: CSMI,2020.

4.2 Nutrição

Subespecialidade: Nutrição Gestantes

O estado nutricional da gestante influencia o desenvolvimento adequado do feto, e as características adquiridas no período gestacional podem influenciar significativamente a saúde do recém nascido e da mãe por toda a vida. Portanto, a abordagem nutricional logo nos estágios iniciais da gestação tem um impacto positivo na saúde de ambos.

Condições atendidas em gestantes:

- Sobrepeso/Obesidade pré-gestacional;
- Excesso ou baixo ganho de peso durante a gestação;
- Diabetes pré-gestacional e diabetes gestacional;
- Alimentação irregular (mudanças alimentares constantes, alimentar-se poucas vezes/dia, excesso de ingestão de alimentos ultraprocessados e outros);
- Alterações na função gastrointestinal como obstipação, enjoos, náuseas e pirose de difícil controle;

Prioridades de agendamento:

- Diabetes gestacional;
- Pré-eclâmpsia;
- Gestação durante adolescência;
- Dificuldade de aumento de peso após 2º trimestre de gestação.

4.3 Colposcopia

A colposcopia compreende um exame ginecológico, realizado através do colposcópio, que corresponde a um microscópio de campo estereoscópico, binocular, de baixa resolução, com uma fonte de iluminação potente, usando no exame visual do colo uterino como auxiliar no diagnóstico de neoplasia cervical.

O principal objetivo da colposcopia é detectar a presença de NIC de alto grau e neoplasia invasiva, sendo que para isso é necessário visualizar todo o epitélio comprometido, a fim de identificar as anomalias, avaliar seu grau de anormalidade e realizar biópsias apropriadas, com o intuito de se obter o diagnóstico da lesão e a conduta mais adequada para cada caso.

Orientações para a realização do exame:

- Ausência de relação sexual, ducha vaginal e uso de cremes vaginais nos dois dias anteriores ao exame;
- Trazer um absorvente;
- Estar menstruada não atrapalha o exame;

Quando encaminhar para o exame de Colposcopia:

Quando o resultado do exame Colpocitológico apresentar:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico;
- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I - NIC I);
- Células escamosas atípicas de significado indeterminado – não se pode afastar lesão de alto grau;
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado ou células atípicas de origem indefinida
- Encaminhar para Colposcopia todas as pacientes que apresentarem diagnóstico cito patológico com células glandulares atípicas de significado indeterminado, incluindo as categorias “possivelmente não neoplásicas” ou “não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau”, ou ainda aquelas que obtiverem o diagnóstico de células atípicas de origem indefinida.
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro invasão e atipias em células glandulares “in situ”
 - * Pacientes com diagnóstico de carcinoma epidermóide invasor, adenocarcinoma invasor cervical, endometrial encaminhar direto para a especialidade de cirurgia oncológica.
 - * Lesões vulvares, vaginais e outras lesões no colo uterino que não estão relacionadas anteriormente, deverão ser avaliadas pelo profissional médico antes de encaminhar para o serviço de Colposcopia.

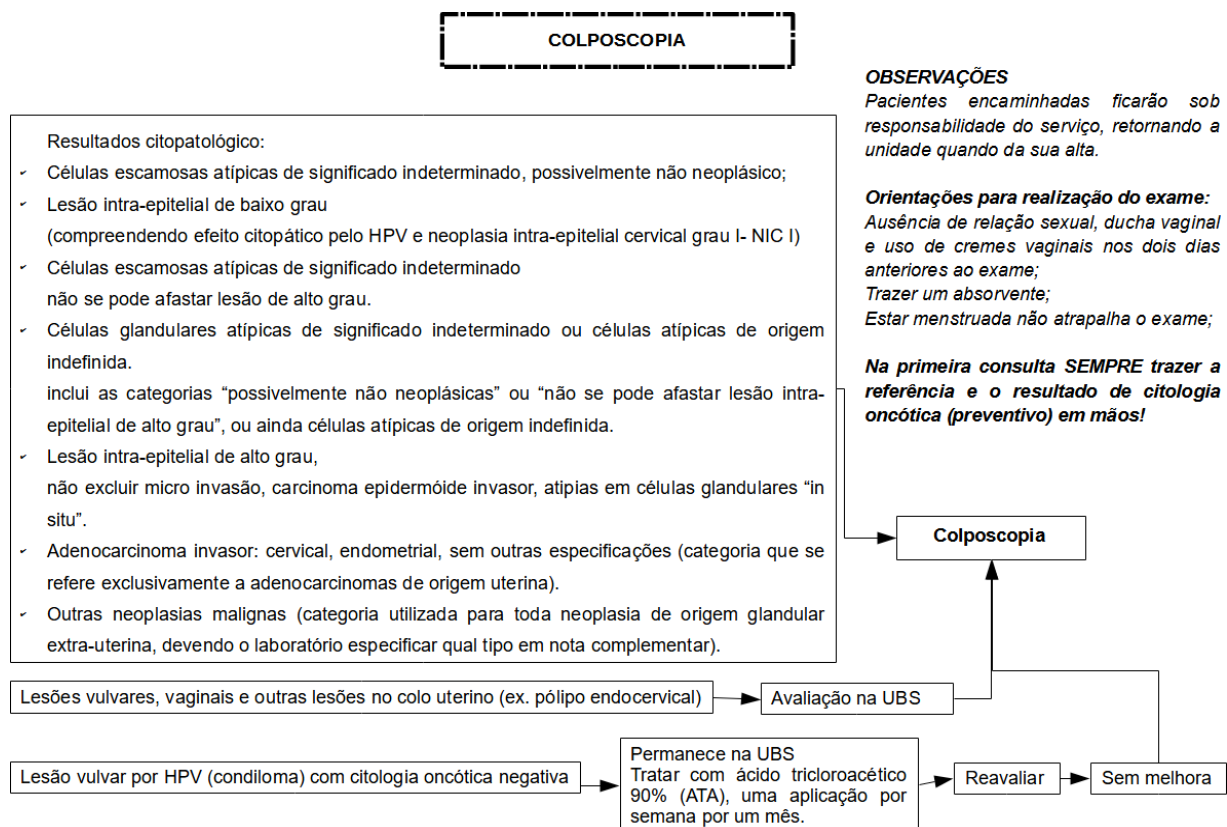
Observações: Lesão vulvar por HPV (condiloma) com citologia oncótica negativa deverá ser tratada na unidade de saúde com ácido tricloroacético 90% (ATA), uma aplicação por semana por um mês. Reavaliar após esse período e nos casos em que não apresentar melhora encaminhar para o serviço de Colposcopia. Solicitar o ATA através da coordenação da unidade, prescrevendo receita com o nome da paciente e encaminhar para Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde;

As pacientes encaminhadas ao serviço de Colposcopia ficarão sob responsabilidade do serviço, retornando a unidade quando da sua alta;

Prioridades de agendamento:

- Agendar pacientes que já faziam acompanhamento e estão aguardando há mais de seis meses o retorno;
- Resultados de citologias que contenham: ASC-H / LIEAG / AGC / CA.

Fluxograma 6: Colposcopia



Fonte: CSMI 2020.

4.4 Ultrassonografia

Orientações para agendamento:

Procurar agrupar agendamentos de um mesmo tipo de exame em sequência:

- Três ou quatro exames de abdômen total;
- Três exames de vias urinárias;
- Três exames de tireoide;
- Três de mamas;

- Três de transvaginal, etc.

Procurar não agendar uma sequência muito extensa de um mesmo tipo de exame (máximo três ou quatro exames de um mesmo tipo), todavia, exames complexos como Doppler obstétrico e morfológico devem ser, espaçados, salteados em meio a sequência de exames obstétricos, pois são mais demorados e exigem mais atenção dos profissionais;

- O exame de ultrassom mesmo que de rotina ou sem justificativa alguma foi solicitado por algum motivo pelo médico assistente do paciente, mesmo que este motivo não conste na requisição ele pode estar implícito como rotina. O exame de ultrassom de rotina é um exame de rastreio para câncer e outra doença ou condição clínica silenciosa qualquer, portanto, merece ser realizado em algum momento dentro da sequência normal de marcação dos exames;
- Valorizar anotações na justificativa do pedido do exame, tais como presença de nódulos, cálculos, pré cirurgia, metrorragia, sintomatologia do paciente, entre outros. Na dúvida ligar para o CSMI e questionar se o exame tem prioridade ou não;
- Quando a paciente é gestante e tem dois exames diferentes para marcar dentro de um intervalo de 30 dias seguidos, exemplo:
Um exame de ultrassom obstétrico e outro morfológico e/ou de doppler obstétrico, mesmo que tenham sido solicitados por profissionais diferentes, favor agrupar as guias dos diferentes exames solicitados, preferir agendar o exame mais complexo morfológico ou doppler obstétrico;
- Gestação simples: reservar 2 horários de 20 minutos cada em sequência na agenda do dia;
- Gestação gemelar dupla: reservar 3 horários de 20 minutos cada em sequência;
- Gestação gemelar tripla: reservar 4 horários de 20 minutos cada um em sequência;
- Gestação gemelar quádrupla: fazer contato com o CSMI para perguntar quanto de horário deve ser reservado para o exame;

Atentar que o exame obstétrico morfológico do 1º trimestre da gestação deverá ser agendado entre 11 e 13 semanas e 6 dias e o exame obstétrico morfológico do 2º trimestre da gestação deve ser agendado entre 20 e 24 semanas e 6 dias de idade gestacional ecográfica. Atentar para a idade gestacional no qual estes exames devem ser agendados.

Recomendações gerais para todos os exames:

- Exames que necessitam de jejum devem ser agendados preferencialmente pela manhã, nos primeiros horários do dia;
- Orientar o paciente a trazer todo e qualquer exame de imagem e outros com referência a área a ser estudada no ultrassom, (mamografias, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias, cintilografias, endoscopias, cistoscopias, histeroscopias, etc.) e, também, resultados de biópsias, se houver.
- Vir com vestes apropriadas para facilitar o acesso à área a ser estudada;
- Evitar vir com correntes no pescoço e colares quando exames das mamas e de tireoide;
- Evitar uso de desodorante ou creme em axilas quando for realizar exames das mamas e de axilas;
- Evitar *piercing* em áreas que serão examinadas;
- Chegar de 15 à 30 minutos antes do horário do exame;
- Orientar ao paciente que deve avisar com antecedência quando não puder comparecer ao exame para ceder sua vaga a outro paciente;

4.5 Ultrassonografia Transvaginal

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Se gestante, deverá trazer a caderneta do pré-natal;
- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Observação: estar menstruada não atrapalha a realização do exame

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

(será necessário 20 minutos para cada exame).

Indicações: Início de gravidez (até 12 semanas), anexites e patologias pélvicas.

4.6 Ultrassonografia Obstétrica

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Caderneta do pré-natal;
- Resultado de exames de imagem anteriores;

- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

(será necessário 20 minutos para cada exame; em gestantes gemelares será necessário 40 minutos por exame).

Indicações: Seguimento de desenvolvimento fetal (preconizado na 20ª semana na gestação de baixo risco) suspeita de abortamento ou gravidez ectópica.

Preparo: Inicial até 12 semanas (primeiro trimestre): ingerir quatro copos de água uma hora antes do exame e manter a bexiga cheia;

Agendamento: Em gestação simples (feto único) reservar 1 horário de 20 minutos; gestação gemelar dupla reservar 2 horários de 20 minutos; gestação gemelar tripla reservar até 4 horários de 20 minutos em sequência.

4.7 Ultrassonografia Obstétrica Morfológica

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Caderneta do pré-natal;
- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

Indicações: Idade avançada; Obesidade; Má formação em gestação anterior; História familiar de má formação; Consanguinidade; Doença materna não controlada; Abuso de álcool e drogas/ medicamentos teratogênicos; Alteração de volume de líquido amniótico; Óbito fetal em gestação anterior.

Observações:

- Exame deve ser realizado entre 20ª e 24ª semanas de gestação;
- Anotar no pedido o período do calendário compreendido entre 20 e 24 semanas para a gestante que realizará o exame facilitando o agendamento para a central de regulação;

4.8 Ultrassonografia Obstétrica com Doppler

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Caderneta do pré-natal;
- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Indicações:

- Pós datismo com sofrimento fetal;
- Gestante diabética e/ou hipertensa;
- Restrição de crescimento intra-uterino;
- A critério clínico nas patologias obstétricas associadas no 3º trimestre (oligodrâmnio);

****Deverá ter a história clínica que justifique o pedido e trazer o ultrassom anterior.**

4.9 Ultrassonografia Pélvica

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Guia de pedido médico/enfermeiro;
- Caderneta do pré-natal;
- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

Indicações: Anexites e Patologias pélvicas.

Pré-requisitos: História clínica e exame físico.

Preparo:

- Ingerir quatro copos de água uma hora antes do exame e manter a bexiga cheia;
- O exame poderá ser realizado mesmo no período menstrual e/ou sangramento vaginal;

4.10 Ultrassonografia de Mamas

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Resultado de exames de imagem anteriores, inclusive o resultado de Mamografia;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

Indicações:

- Diagnosticar massa palpável quando a mamografia for inconclusiva ou negativa; diferenciar entre massa cística ou sólida, como método complementar à mamografia em mamas densas (displásicas ou com prótese), como exame inicial em gestantes e jovens (menos de 25 anos), como exame complementar quando a mamografia for inconclusiva ou duvidosa, para definir conduta quando: há nódulo palpável não visto na mamografia, quando se detecta micro calcificações esparsas no parênquima e se deseja saber se há massa tumoral associada; quando a mamografia detecta massa não palpável para confirmá-la e diminuir os falsos positivos da mamografia, pesquisa de ectasia ductal, especialmente das pacientes com descarga papilar, pode ser o método mais eficaz e menos traumático do que a ductografia.

4.11 Ultrassonografia de Abdômen Total

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;
-

Preparo:

- Adulto deve fazer jejum de 6 horas, tomar 4 copos de água 1 hora antes do exame e manter a bexiga cheia para o exame;
- Criança com capacidade de entendimento, orientar os pais para que a façam tomar até 3 copos de água 1 hora antes do exame e manter a bexiga cheia;

- Crianças pequenas, sem capacidade de entendimento, orientar os pais para procurar oferecer água para a criança, o que ela aceite, uma hora antes do exame;
- Bebês de colo podem ser amamentados antes do exame.

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

(será necessário 20 minutos para cada exame).

Indicação:

- Dor abdominal crônica (de preferência com investigação laboratorial prévia e/ou RX), colelitíase, hepatopatias, pancreatopatias, massas e tumores abdominais (císticas ou sólidas), aneurismas, diagnóstico diferencial em abdome agudo, nefrolitíase, estudo de retroperitônio, alterações morfofuncionais (má formação de vísceras).

4.12 Ultrassonografia de hipocôndrio direito e abdômen superior

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Preparo:

- Jejum de 6 horas;

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

4.13 Ultrassonografia de Tireoide

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Agendamento via central de regulação com guia do SUS (será necessário 20 minutos para cada exame).

Indicações: Hipotireoidismo, hipertireoidismo, cisto de tireóide e tumores.

4.14 Ultrassonografia de Vias Urinárias

Paciente deverá comparecer com os seguintes documentos:

- Guia de pedido médico/enfermeiro;
- Resultado de exames de imagem anteriores;
- Comparecer com 30 minutos de antecedência do horário da consulta;

Preparo:

- Não há necessidade de jejum;
- Tomar 4 copos de água uma hora antes do exame e manter a bexiga cheia.

Agendamento via central de regulação com guia do SUS

Indicações:

- Tumores, litíase, má formações, rim policístico, infecções urinárias crônicas, insuficiência renal, hipertensão arterial com suspeita de origem renal, disfunção miccional e abscessos.

Quadro 42: Indicação e preparo para ultrassonografias

Exame	US Transvaginal	US Obstétrica	Us Obstétrica Morfológica	US Obstétrica com Doppler
Indicação	Início de gravidez (até 12 semanas), anexites e patologias pélvicas.	Seguimento de desenvolvimento fetal (20ª semana na gestação de baixo risco), suspeita de abortamento, gravidez ectópica.	História familiar de malformações e/ou óbito fetal; exames anteriores que justifiquem o pedido de morfológico como achado ultrassonográfico alterado em exame prévio; restrição de crescimento intra-uterino na suspeita de alguma malformação associada, translucência nucal aumentada, osso nasal curto.	Pós datismo com sofrimento fetal, gestante diabética e/ou hipertensa; retardo de crescimento intra-uterino.
Observações e/ou Preparo		Inicial até 12 semanas (primeiro trimestre): ingerir quatro copos de água uma hora antes do exame.	Entre 20ª e 24ª semanas de gestação; Anotar no pedido o período do calendário em que a gestante fará o exame. São necessários 40 min. para a realização do exame, ou seja, dois horários no agendamento.	História clínica que justifique o pedido

Fonte: CSMI 2020.

Quadro 43: Indicação e preparo para ultrassonografias

Exame	US Pélvica	US Mamas	US Abdome total	Us Hipocôndrio direito e abdome superior	US Tireoide	Us Vias Urinárias
Indicação	Anexites e Patologias pélvicas.	Diagnosticar massa palpável quando a mamografia for inconclusiva ou negativa; Diferenciar entre massa cística ou sólida; Método complementar à mamografia em mamas densas (displásicas ou com prótese); Exame inicial em gestantes e jovens (menos de 25 anos); Definir conduta quando: há nódulo palpável não visto na mamografia, detecção de micro calcificações esparsas no parênquima e se deseja saber se há massa tumoral associada; mamografia detecta massa não palpável para confirmá-la e diminuir os falsos positivos da mamografia, pesquisa de ectasia ductal, especialmente das pacientes com descarga papilar, pode ser o método mais eficaz e menos traumático do que a ductografia.	Dor abdominal crônica (preferencialmente com investigação laboratorial prévia e/ou RX), colelitíase, hepatopatias, pancreatopatias, massas e tumores abdominais (císticas ou sólidas), aneurismas, diagnóstico diferencial em abdome agudo, nefrolitíase, estudo de retroperitônio, alterações morfofuncionais (má formação de vísceras).		Hipotireoidismo, hipertireoidismo, cisto de tireoide e tumores.	Tumores, litíase, má formação, rim policístico, infecções urinárias crônicas, insuficiência renal, hipertensão arterial com suspeita de origem renal, disfunção miccional e abscessos.
Observações e/ou Preparo	Pré- requisitos: história clínica e exame físico; Preparo: Ingerir quatro copos de água uma hora antes do exame e manter a bexiga cheia.		Ingerir quatro copos de água e manter bexiga cheia; Jejum de 6 horas.	Jejum de 6 horas		Ingerir quatro copos de água uma hora antes do exame e manter bexiga cheia

Fonte: CSMI 2020.

4.15 Coleta de GBS (Streptococcus b-hemolítico)

- Agendamento no sistema IPM através de agenda na Clínica da Mulher/Apoio Diagnóstico;
- Acessar através do sistema IPM: Realizar o agendamento do exame através da seguinte rotina - Atendimento / Agendamento / Procedimento;
- Convênio: CSMI regulação;
- Unidade Prestadora: Clínica de Saúde da Mulher Apoio Diagnóstico;
- Local de Atendimento: Clínica de Saúde da Mulher Apoio Diagnóstico;
- Visualizar a agenda de “ Coleta de Gbs – Estreptococo Grupo B “ clicar sobre a agenda e efetuar o agendamento.

Indicações:

Todas as gestantes entre 34 a 37 semanas de gestação, ou a critério do profissional se constatado algum risco de parto prematuro.

A coleta é realizada pela equipe de enfermagem da Clínica da Mulher.

No dia do exame, será coletado amostra de material com *swab* anal e vaginal.

Após a coleta, os exames são encaminhados para o laboratório municipal de Araucária para a realização da cultura e emissão do resultado no sistema IPM.

5. FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO

5.1 Enfermagem

O momento da Consulta de Enfermagem é oportuno para o acolhimento à paciente, esclarecimento de dúvidas, orientações relacionadas à maternidade, despertando o senso crítico da gestante e familiares, promovendo uma assistência qualificada e promovendo o autocuidado. (DOMINGUES, 2015).

Atualmente, a Consulta de Enfermagem do PNAR consiste em: realizar orientações sobre Diabetes Mellitus Gestacional e esclarecimento sobre o acompanhamento, realização de Grupo de Gestantes (encontros on-line de temas diversos-organização, realização e acompanhamento realizado por enfermeiro), consultas de orientação à Amamentação, consultas de orientação de cuidados ao recém-nascido, além da consultoria de amamentação (manejo clínico em aleitamento materno frente a diversas intercorrências).

5.2 Psicologia

O atendimento psicológico no pré-natal de alto risco é realizado de forma direcionada durante o período gestacional, nas modalidades de psicoterapia breve e orientação familiar, definidos conforme demanda individual de cada paciente após avaliação psicológica e estratificação de risco em saúde mental, decorrentes do encaminhamento dos demais profissionais de nível superior deste serviço, que identifiquem demandas psicológicas desencadeadas pelo processo gestacional ou nele interferentes.

Gestantes identificadas como de alto risco, incluindo aquelas com condições médicas graves (diabetes gestacional, hipertensão, entre outras), histórico de perdas gestacionais ou complicações em gestações anteriores, fatores psicológicos, como ansiedade, depressão ou histórico de transtornos mentais, bem como as que se encontram em situações sociais ou familiares adversas (violência doméstica, abandono, etc.) são o público-alvo deste atendimento.

O foco principal deste atendimento está em promover a saúde mental materna, oferecendo suporte psicológico às gestantes inseridas neste serviço, as quais apresentam maiores chances de resultado desfavorável para mãe e/ou bebê/feto nos âmbitos orgânico, emocional ou relacional, através de manejo emocional e fortalecimento da vinculação mãe-bebê, com intervenção psicológica na psicodinâmica

da gravidez, no vínculo afetivo mãe-bebê e no estabelecimento de uma rede de apoio, visando inclusive prevenir complicações psicológicas no período do puerpério.

5.3 Grupo de Gestantes

Realizado mensalmente um encontro online para as gestantes em acompanhamento no pré natal de alto risco. Os encontros online ocorrem na última quarta-feira do mês das 15:00 às 16:00 horas. O link para a participação é encaminhado através do grupo de Whatsapp com as gestantes.

Os temas dos encontros são sugeridos pelas próprias gestantes conforme a participação e dúvidas que desejam sanar.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual Técnico. 5.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2022. p. 1-302.

CUNNINGHAM, F. G. et al. Obstetrícia de Williams. Porto Alegre: AMGH, 2021. 1328 p.

FEBRASGO Caderno Científico. Volume 52, Número 4, 2024. Disponível em: <<https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/FeminaZn4ZdeZ2024.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2024.

FEBRASGO Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/images/pec/CNE_pdfs/Livro-Diabetes_tratamento---com-ISBN.pdf>. Acesso em 25 nov. 2024.

OLIVEIRA, E. C. Et al. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. Revista Científica FacMais, v. 7, n. 3, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. 7.ed. Curitiba: SESA-PR, 2018. p. 1-56.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha de Cuidado Materno e Infantil do Paraná. 8.ed. Curitiba: SESA-PR, 2022. p. 1-82.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA. SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Araucária. Protocolo Complementar da Assistência Farmacêutica. 2021. Disponível em: ,<https://araucaria.atende.net/subportal/saude-novo/pagina/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1740742594788&file=5DBC660D50F87AD06C5DC94E811FF61EA67B1A94&sistema=WPO&classe=UploadMidia>>. Acesso em 25 nov. 2024.

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; ICC: insuficiência cardíaca congestiva. Fonte: adaptada de RCOG, 2008;6 American College of Chest Physicians, 2012;7 Bates SM et al., 2016.8

TRA: terapia de reprodução assistida; FIV: fertilização in vitro; HPP: hemorragia periparto. Fonte: adaptada de RCOG, 2008;6 American College of Chest Physicians, 2012;7 Bates SM et al., 2016.8

RCOG, 2008;6 American College of Chest Physicians, 2012;7 Bates SM et al., 2016.8

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo do Pré-natal de Alto Risco e Fluxos			
Edição	Elaborado por	Aprovado por	Descrição da Edição
00	Jeanna Kowal Rosales Mayhoffer Eliane Eclache Moreira de Camargo	Câmara Técnica de Ginecologia/Obsterícia Conforme processo administrativo nº140830/2024	Criação do documento
01	Marcia Cristina Mantovani	Câmara Técnica de Ginecologia/Obstetrícia março a maio /2024	Atualização geral do documento.