

# Protocolo Clínico - de Pré-natal de Alto Risco e Fluxos

**Descritores:** protocolo clínico, pré-natal de alto risco, exames e cuidados.

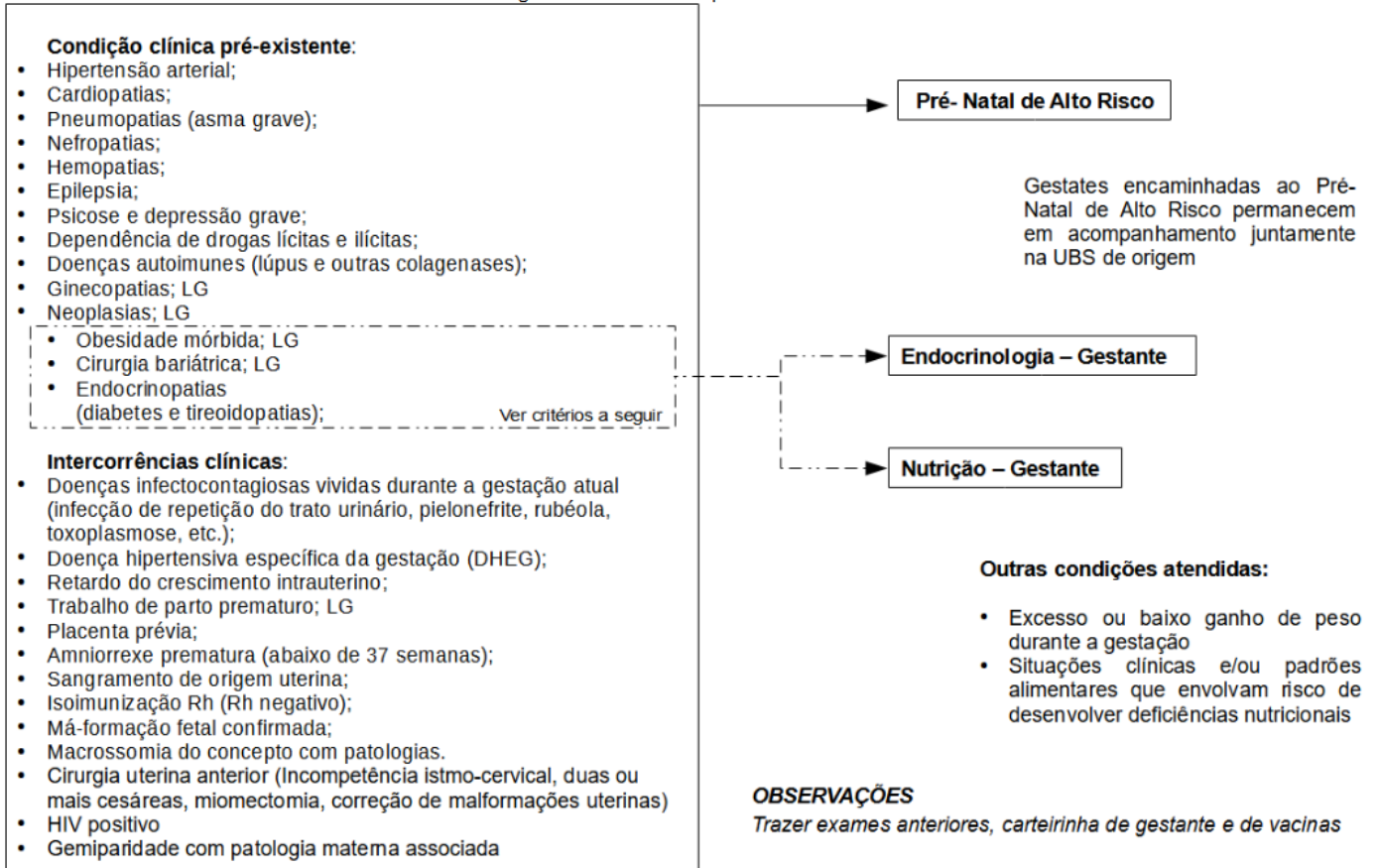
**Abrangência:** Medicina, Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Farmácia

**Principais assuntos:**

- Acompanhamento do pré-natal;
- Distúrbios hipertensivos;
- Prevenção pré-eclâmpsia;
- Obesidade;
- Hipotireoidismo;
- Hipertireoidismo;
- Diabetes Mellitus Gestacional;
- Diabetes Mellitus preexistente;
- Anemias;
- Complicações gestacionais;
- Condições, infecções e doenças que requerem atenção durante o período gestacional;
- Queixas comuns e cuidados gestacionais;
- Vacinação;
- Fluxos e encaminhamentos para o CSML.

## Fluxograma 1 - Atendimento pré-natal de alto risco

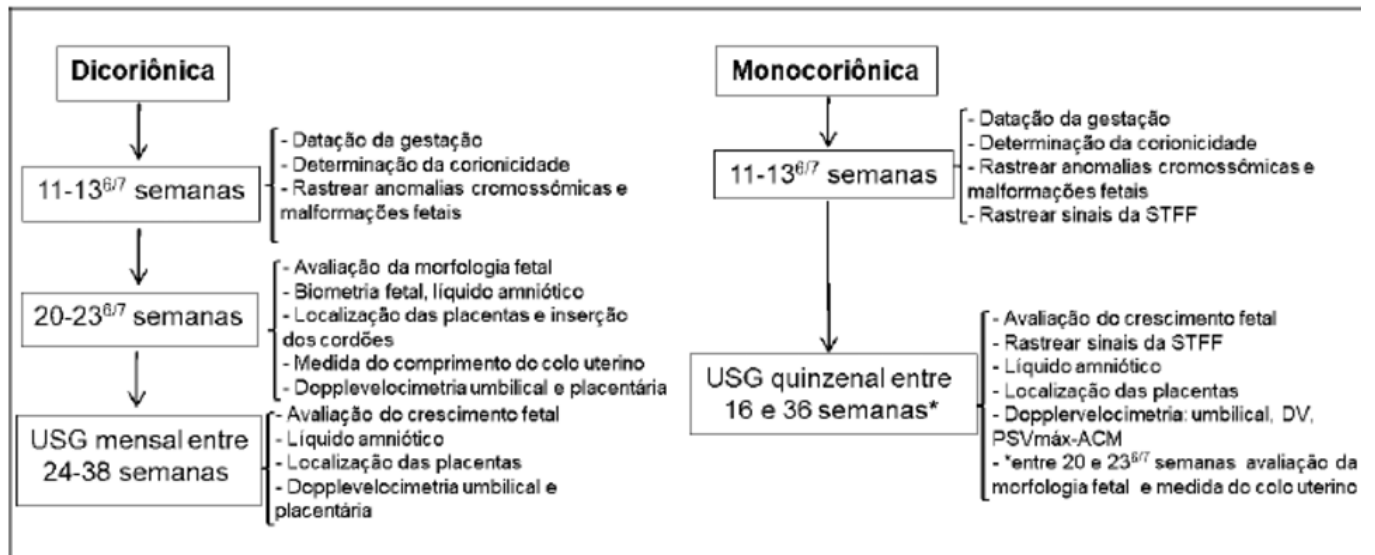
Fluxograma 1: Atendimento pré-natal de alto risco



Fonte: CSMI, 2020.

## Fluxograma 2 - Seguimento ecográfico indicado para as gestações gemelares

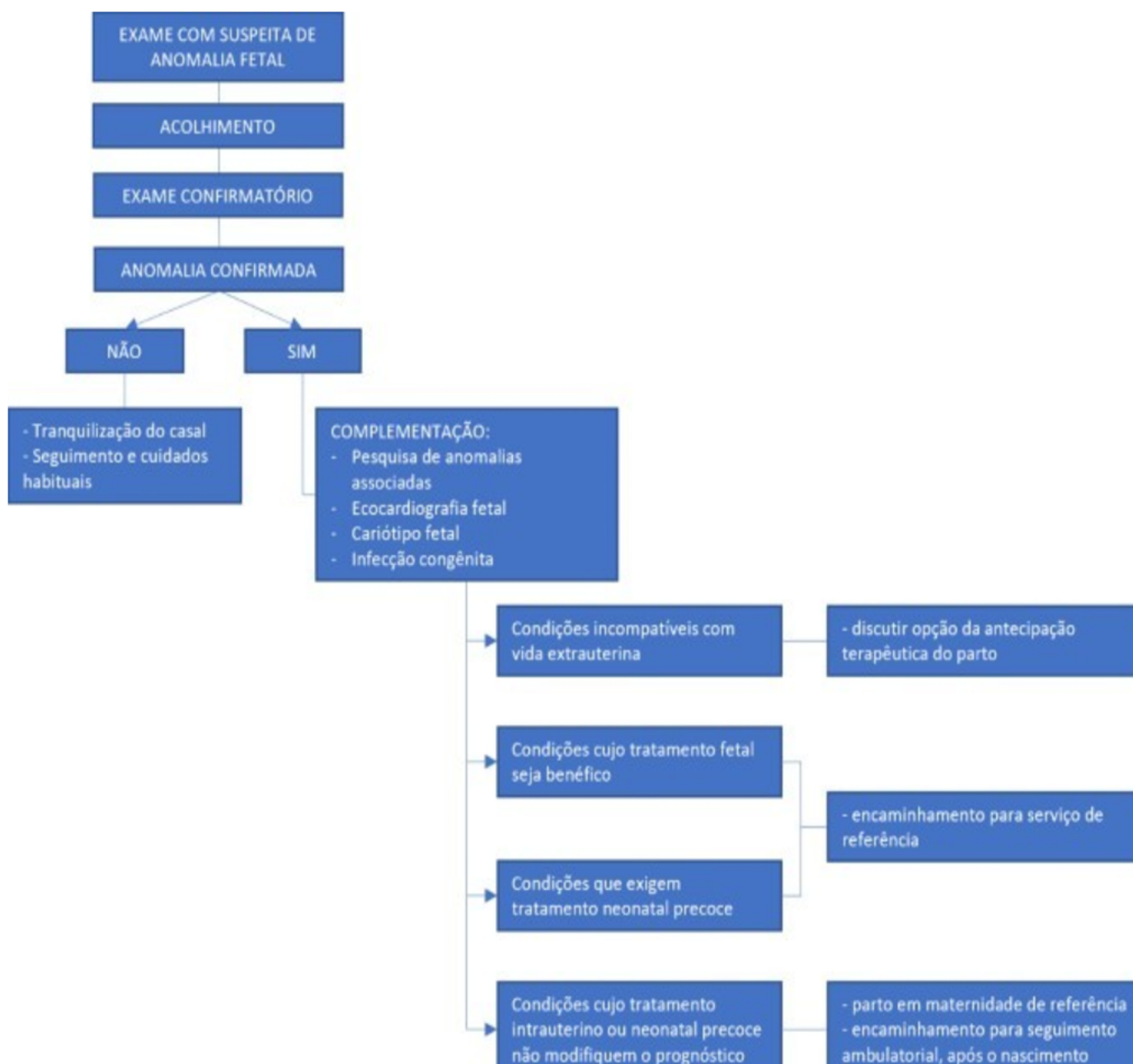
Fluxograma 2: Seguimento ecográfico indicado para as gestações gemelares



Fonte: KHALIL et al., 2016.

### Fluxograma 3 - Malformações

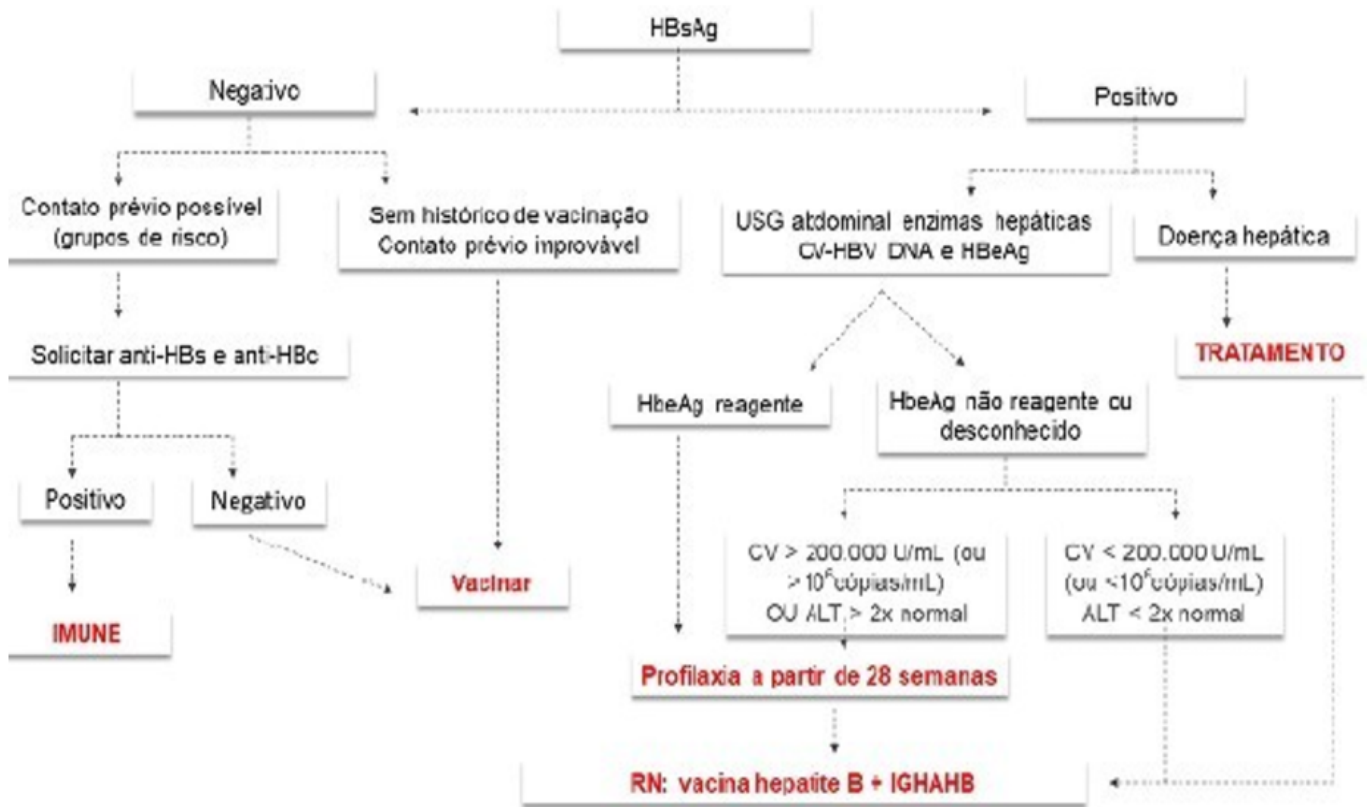
Fluxograma 3: Malformações



Fonte: BRASIL, 2022.

#### Fluxograma 4 - Conduta frente ao resultado do HbsAg na gestação

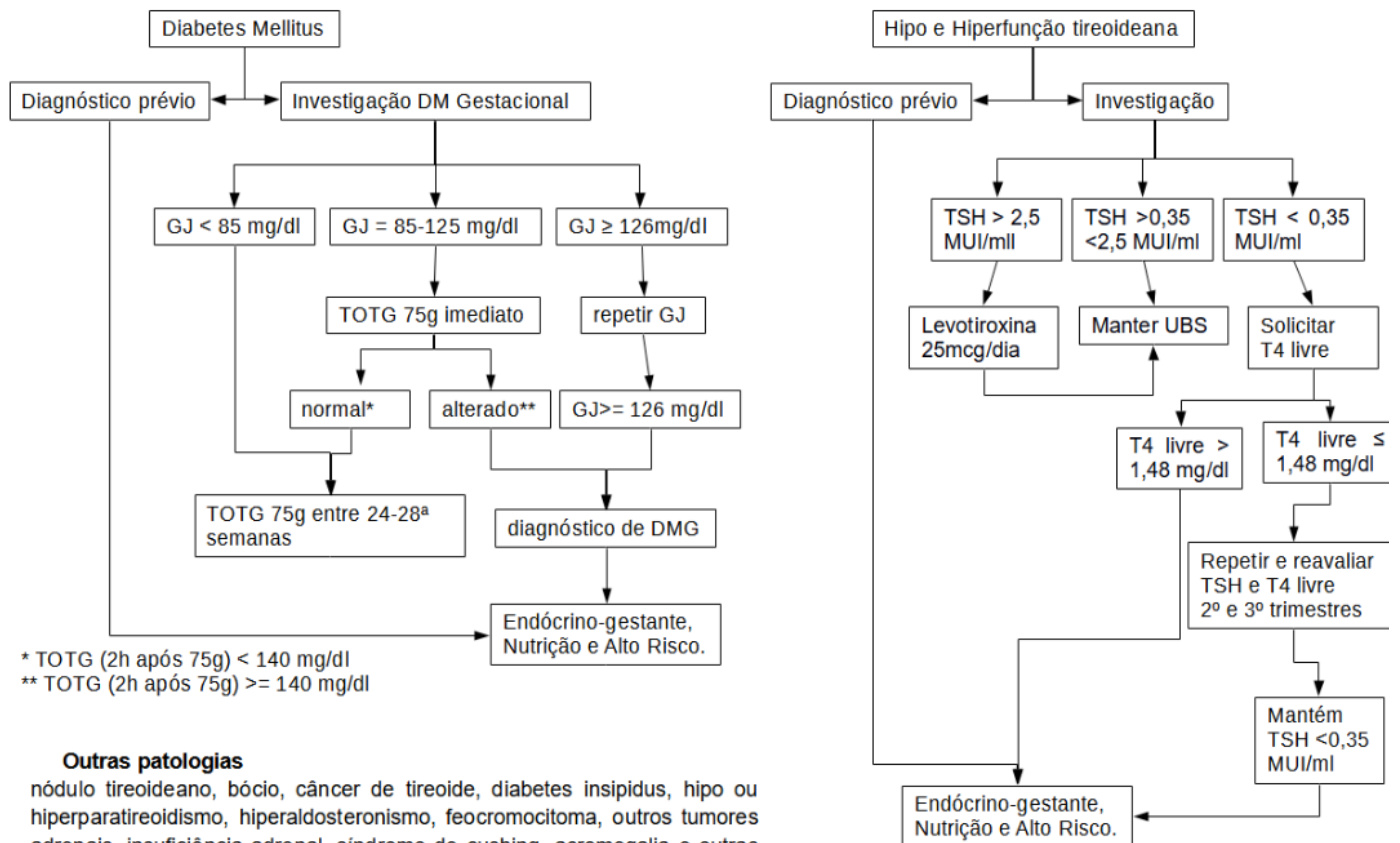
Fluxograma 4: Conduta frente ao resultado do HbsAg na gestação



Fonte: BRASIL, 2022.

## Fluxograma 5 - Encaminhamento para endocrinologia

Fluxograma 5: Encaminhamento para endocrinologia



## Fluxograma 6 - Colposcopia

Fluxograma 6: Colposcopia

## COLPOSCOPIA

### Resultados citopatológico:

- ✓ 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.  
inclui as categorias "possivelmente não neoplásicas" ou "não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau", ou ainda células atípicas de origem indefinida.
- ✓ Lesão intra-epitelial de alto grau,  
não excluir micro invasão, carcinoma epidermóide invasor, atipias em células glandulares "in situ".
- ✓ Adenocarcinoma invasor: cervical, endometrial, sem outras especificações (categoria que se refere exclusivamente a adenocarcinomas de origem uterina).
- ✓ Outras neoplasias malignas (categoria utilizada para toda neoplasia de origem glandular extra-uterina, devendo o laboratório especificar qual tipo em nota complementar).

Lesões vulvares, vaginais e outras lesões no colo uterino (ex. pólio endocervical)

Avaliação na UBS

Lesão vulvar por HPV (condiloma) com citologia oncológica negativa

Permanece na UBS  
Tratar com ácido tricloroacético 90% (ATA), uma aplicação por semana por um mês.

Reavaliar

Sem melhora

Colposcopia

### OBSERVAÇÕES

Pacientes encaminhadas ficarão sob responsabilidade do serviço, retornando a unidade quando da sua alta.

### Orientações para realização do exame:

Ausência de relação sexual, ducha vaginal e uso de cremes vaginais nos dois dias anteriores ao exame;

Trazar um absorvente;

Estar menstruada não atrapalha o exame;

**Na primeira consulta SEMPRE trazer a referência e o resultado de citologia oncológica (preventivo) em mãos!**

Fonte: CSMI 2020.

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

## Quadro 2 - Classificação da hipertensão arterial

## Quadro 3 - Medicções para o tratamento de hipertensão crônica

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).<br>Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e a partir de então aumentar a dose |

Fonte: BRASIL, 2022.

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

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

| Risco considerado                | Apresentação clínica e/ou obstétrica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALTO                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• História de pré-eclâmpsia prévia.</li><li>• Gestação múltipla.</li><li>• Obesidade (IMC <math>\geq 30</math>).</li><li>• Hipertensão arterial crônica.</li><li>• Diabetes tipo 1 ou 2.</li><li>• Doença renal.</li><li>• Doenças autoimunes.</li></ul>                                                                                                                              |
| MODERADO                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nuliparidade.</li><li>• História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e ou irmãs).</li><li>• Baixo nível socioeconômico.</li><li>• Etnia afrodescendente.</li><li>• Idade <math>\geq 35</math> anos.</li><li>• História pessoal de baixo peso ao nascer.</li><li>• Gravidez prévia com desfecho adverso.</li><li>• Intervalo <math>&gt; 10</math> anos desde a última gestação.</li></ul> |
| 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 PIGF). Custo adicional *.                                                                                                                              |

Fonte: FEBRASGO, 2024

Quadro 5 - IMC na gestação

Quadro 5: IMC na gestação

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

## Quadro 6 - Hipotireoidismo

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.

## Quadro 7 - Classificação Hipertireoidismo

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

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.

## Quadro 9 - Diagnóstico de diabetes gestacional

Quadro 9: Diagnóstico de diabetes gestacional

| Diagnóstico         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idade gestacional   | Critério                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Até 20 semanas      | <p><b>Glicemia em jejum:</b></p> <p>Até 92 mg/dL - Normal</p> <p>(realizar TOTG entre 24 e 28 semanas, se fatores de risco)</p> <p>Entre 92-125 mg/dL - DMG</p> <p>≥126 mg/dL - Diabetes Mellitus</p>                                                                                                                                                           |
| Entre 24-28 semanas | <p>TOTG 75 g:</p> <p><b>Jejum:</b></p> <p>até 92 mg/dL - Normal</p> <p>Entre 92 e 125 mg/dL - DMG</p> <p>≥126 mg/dL - Diabetes Mellitus</p> <p><b>após 1 hora</b></p> <p>até 180 mg/dL - Normal</p> <p>≥ 180 mg/dL - DMG</p> <p><b>após 2 horas</b></p> <p>até 153 mg/dL - Normal</p> <p>Entre 153 e 199 mg/dL - DMG</p> <p>≥ 200 mg/dL - Diabetes Mellitus</p> |

Fonte: BRASIL, 2022.

Quadro 10 - Fatores de risco para diabetes gestacional

Quadro 10: Fatores de risco para diabetes gestacional

| Fatores de risco (fazer TOTG 75 g- se GJ antes das 20 semanas normal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade superior a 25 anos;</li> <li>• Obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação;</li> <li>• Deposição central excessiva de gordura corporal;</li> <li>• Histórico familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;</li> <li>• Baixa estatura (&lt;1,50m);</li> <li>• Crescimento fetal excessivo;</li> <li>• Polidrâmnio;</li> <li>• Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;</li> <li>• Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrosomia ou de diabetes gestacional.</li> </ul> |

Fonte: BRASIL, 2022.

**Quadro 11 - Metas do controle glicêmico**

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.

**Quadro 12 - Tratamento da diabetes gestacional**

Quadro 12: Tratamento da diabetes gestacional

| Tratamento | Dose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Vantagem/desvantagem                                                                                                                                                                               |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Insulina   | <p>Dose inicial de 0,5 UI/kg (0,3)</p> <p>Esquemas:</p> <p>NPH: Metade da dose calculada é aplicada antes do café da manhã, um quarto no almoço e um quarto 22 horas.</p> <p>Ou</p> <p>NPH/Regular: Proporção <math>\frac{2}{3}</math> de NPH e <math>\frac{1}{3}</math> regular. <math>\frac{2}{3}</math> da dose calculada antes do café da manhã e <math>\frac{1}{3}</math>, antes do jantar.</p> <p>Dose 8-10 Unidades de NPH</p> <p>NPH Bedtime: Realizar 8-10 unidades de NPH ao deitar.</p> | <p>Terapia de escolha.</p> <p>Há uma maior tendência a hipoglicemia.</p> <p>Mais eficaz em tratar a hiperglicemia, devido à capacidade quase ilimitada de aumentar e titular as doses.</p>         |
| Metformina | <p>Iniciar 500 mg uma vez ao dia com o jantar e adicionar segunda dose para após o café da manhã.</p> <p>Dose máxima 2500 mg/dia.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Reduz o ganho de peso gestacional, o peso ao nascer e o risco de macrosomia.</p> <p>Aumento de adiposidade na infância.</p> <p>Sem segurança em relação a câncer de pâncreas a longo prazo.</p> |

Fonte: BRASIL, 2022.

### Quadro 13 - Classificação Diabetes Mellitus

**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

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

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<br>25 mg de Fe em 1 mL de solução oral |
| Sacarato hidróxido férrico<br>( Noripurum®) | 20 mg/ml de Fe elementar por ampola de 333,0 mg                             |

Fonte: SMSA, Araucária

**Quadro 15 - Cálculo da dose de total para reposição de ferro**

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

| Cálculo da dose total para reposição                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sacarato de hidróxido férrico                                                                                                                                                                                            | $\text{Peso (kg)} \times 2,3 \times \text{diferença da hemoglobina (Hb alvo - Hb encontrada)} + \text{reposição de estoque (15 mg de ferro/kg)}$ |
| 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.

## Quadro 16 - Fatores trombifilia

Quadro 16: Fatores trombifilia

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 tao 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 $\beta$ - sintetase e as vitaminas B12 e B6 e o ácidofólico são cofatores para a transformação da homocisteína em cisteína, podendo suas deficiências também ocasionar hiper-homocisteinemia. |

Fonte: CUNNINGHAM, 2021

## Quadro 17 - Risco de TEV

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

Quadro 18 - Tratamento da trombofilia

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.

Quadro 19 - Critérios síndrome dos anticorpos antifosfolípidos

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 *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Critérios clínicos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Trombose vascular:</p> <p>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.</p>                                                                                                                                                                        |
| <p>Morbidade na gravidez:</p> <p>a. Uma ou mais mortes inexplicáveis de um feto morfologicamente normal com 10 semanas ou mais;</p> <p>b. Um ou mais nascimentos antes da 34ª semana de gestação devido a eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave ou características reconhecidas de insuficiência placentária;</p> <p>c. Três ou mais abortos espontâneos consecutivos inexplicáveis antes de 10 semanas, com anormalidades anatômicas/genéticas/hormonais maternas excluídas.</p> |
| <b>Critérios de laboratório</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 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-β2 -GPI) não pode ser inferior a 12 semanas nem superior a cinco anos.

Fonte: CUNNINGHAM, 2021

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

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

| <b>Escore baseado The Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG)</b>                                                                                                                                                                                    |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Fatores de risco preexistentes</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Pontuação</b> |
| 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 $\geq 3$ .                                                                                                                                                                                                                                                | 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;<sup>6</sup> American College of Chest Physicians, 2012;<sup>7</sup> Bates SM et al., 2016.<sup>8</sup>

#### **Quadro 21 - Fatores de risco obstétricos para tromboembolismo venoso na gestação (RCOG)**

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

| <b>Fatores de risco obstétricos</b>                  | <b>Pontuação</b> |
|------------------------------------------------------|------------------|
| Pré-eclâmpsia na gravidez atual.                     | 1                |
| FIV/técnica de reprodução assistida.                 | 1                |
| Gravidez múltipla.                                   | 1                |
| Cesariana em trabalho de parto.                      | 2                |
| Cesariana eletiva.                                   | 1                |
| Fórcipe 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;<sup>6</sup> American College of Chest Physicians, 2012;<sup>7</sup> Bates SM et al., 2016.<sup>8</sup>

## **Quadro 22 - Fatores de risco transitórios para tromboembolismo venoso na gestação**

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

| <b>Fatores de risco transitórios</b>                                                                   | <b>Pontuação</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 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;<sup>6</sup> American College of Chest Physicians, 2012;<sup>7</sup> Bates SM et al., 2016.<sup>8</sup>

## **Quadro 23 - Conduta de acordo com o escore - Protocolo RCOG**

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

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

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

### Quadro 24 - Profilaxia tromboembolismo venoso

Quadro 24: Profilaxia tromboembolismo venoso

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

Fonte:BRASIL, 2022.

### Quadro 25 - Dosagem de enoxaparina

Quadro 25: Dosagem de enoxaparina

| Peso            | Enoxaparina     |
|-----------------|-----------------|
| $\leq 50$ 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.

**Quadro 26 - Gemelaridade**

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.

**Quadro 27 - RCIU**

Quadro 27: RCIU

|                                 | RCIU precoce (< 32 sem):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RCIU tardia (>32 sem)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico                     | Parâmetros solitários: PFE ou CA < p3 ou AU diástole zero.<br><br>Parâmetros contributivos: PFE ou CA < p10 e AU ou AUt IP > p95                                                                                                                                                                                                                                                               | Parâmetros solitários: PFE ou CA < p3.<br><br>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.<br><br>Cerebral média: 2-6 semanas IP normal. 2-4 semanas vasodilatação.<br><br>Ducto venoso: 2-6 semanas IP normal. 2-4 semanas aumento do IP e onda A ausente. 1 semana onda A reversa.<br><br>Cardiotocografia: 2-6 semanas normal. 2-4 semanas normal. 1 semana anormal (último padrão a alterar) | Umbilical: normal. 1 semana normal.<br><br>Cerebral: normal. 1 semana vasodilatação- brain sparing.<br><br>CPR: detecta alterações mínimas antes da vasodilatação cerebral.<br><br>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.

## Quadro 28 - Alterações hemodinâmicas na gravidez e puerpério

Quadro 28: Alterações hemodinâmicas na gravidez e puerpério

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

Fonte: BRASIL, 2022.

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

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<br>Prótese valvar mecânica                                                                                               |
| III        | Aumento significativo de mortalidade materna ou morbidade severa                                                                                                         | Ventrículo direito sistêmico                                                                                                                          |
|            |                                                                                                                                                                          | Circulação de Fontan                                                                                                                                  |
|            |                                                                                                                                                                          | Cardiopatias cianogênicas não reparadas                                                                                                               |
|            |                                                                                                                                                                          | Cardiopatias congênitas complexas                                                                                                                     |
|            |                                                                                                                                                                          | Síndrome de Marfan com dilatação aórtica >40 – 45mm<br>Doença aórtica/valva bicúspide com anel valvar > 45 - 50mm                                     |
| IV         | Risco de mortalidade materna ou morbidade importante extremamente alto<br>*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 <sup>3</sup> ), estenose aórtica severa sintomática e/ou disfunção de prótese com repercussão hemodinâmica |
|            |                                                                                                                                                                          | Hipertensão arterial pulmonar de qualquer etiologia                                                                                                   |
|            |                                                                                                                                                                          | Disfunção de ventrículo sistêmica importante (fração de ejeção <30% e/ou                                                                              |
|            |                                                                                                                                                                          | Síndrome de Marfan com dilatação aórtica >45mm<br>Doença aórtica/valva bicúspide com anel valvar >50mm<br>Coarctação congênita severa corrigida       |

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

## Quadro 30 - Terapêutica cardiovascular na gravidez

Quadro 30: Terapêutica cardiovascular na gravidez

| Permitidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Substituir, se possível                                                                                                   | Proibidos                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Betabloqueadores (exceto atenolol)</li><li>• Diuréticos</li><li>• Bloqueadores de canal de cálcio</li><li>• Digitálicos</li><li>• Bloqueador beta-adrenérgico (hidralazina)</li><li>• Heparinas (regular, baixo peso)</li><li>• Vasodilatadores (nitrados)</li><li>• AAS em dose antitrombótica</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Varfarina (após o 1º trimestre)</li><li>• Amiodarona</li><li>• Atenolol</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Estatinas</li><li>• Inibidores da enzima de conversão da angiotensina</li><li>• Bloqueadores dos receptores da angiotensina</li><li>• Espironolactona</li><li>• Novos anticoagulantes antitrombóticos</li></ul> |

Fonte: BRASIL, 2022.

## Quadro 31 - Sintomas comuns às pacientes asmáticas

## Quadro 32 - Passo a passo do tratamento de manutenção

**Quadro 32: Passo a passo do tratamento de manutenção**

| Passo 1 – 2                                                                                       | Passo 3                          | Passo 4                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| CI Baixa dose<br>+<br>Formoterol<br>ou<br>Associar CI<br>Quando $\beta_2$ curta<br>for necessário | CI Baixa dose<br>+<br>Formoterol | CI Média dose<br>+<br>Formoterol<br><br>Considerar<br>acompanhamento<br>especialista |
| <b>Medicação alívio</b><br>$\beta_2$ agonista curta ou CI baixa dose + formoterol                 |                                  |                                                                                      |

Fonte: BRASIL, 2022.

**Quadro 33 - Corticoesteroides inalatórios mais utilizados na prática clínica**

Quadro 33: Corticoesteroides inalatórios mais utilizados na prática clínica

| Droga         | Dose diária     | Observação                     |
|---------------|-----------------|--------------------------------|
| Budesonida    | 200 – 1.600 mcg | Dose inicial 200 mcg<br>12/12h |
| Beclometasona | 250 – 1.000 mcg | Dose inicial 250 mcg<br>12/12h |

Fonte: BRASIL, 2022.

**Quadro 34 - Associações  $\beta_2$  -agonista + corticosteroide inalatório**

Quadro 34: Associações  $\beta_2$  -agonista + corticosteroide inalatório

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

Fonte: BRASIL, 2022.

**Quadro 35 - Tratamento crise asmática**

Quadro 35: Tratamento crise asmática

| Droga escolha                                   | Posologia                                                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Salbutamol<br>– Beta 2 agonista curta duração – | De 4 a 10 “Puffs”<br>Até 20 em 20 minutos<br>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<br>(pode ser considerado)   | 1 – 2 g de Magnésio IV<br>(diluído em 100 ml de SF, correr em 20 min) |

Fonte: BRASIL, 2022

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

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      | <b>500 mg cada 6 horas</b> | <b>7 dias</b> |

Fonte: BRASIL, 2022

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

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

Fonte: BRASIL, 2018.

#### 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, empêlicado, com 38 semanas            | AZT injetável IV no parto, 3 horas antes da interrupção até clampear 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 clampear o cordão. |
| Gestante com CV indetectável na 34ª semana                                | Parto segundo indicação obstétrica, preferencialmente vaginal | Manter TARV habitual via oral                                                                                |

Fonte: BRASIL, 2022.

### Quadro 39 - Esquema terapêutico da sífilis

Quadro 39: Esquema terapêutico da sífilis

| Estágio clínico        | Esquema terapêutico                                                                                                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sífilis recente</b> | Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)                                                           |
| <b>Sífilis tardia</b>  | 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               |
| <b>Neurossífilis</b>   | 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.

Quadro 40 - Esquema básico para o tratamento da Tuberculose

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<br>2 RHZE               | RHZE<br>150/75/400/275 mg<br>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<br>4 RH             | RH<br>150/75 mg<br>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.

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

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 3ºTRIMESTRE | GANHO DE PESO TOTAL DURANTE A GESTAÇÃO (kg) |
| Mães de Baixo peso (IMC até 18,4kg/m²)                          | 2,3Kg                               | 0,5Kg                                               | 12,5-18,0Kg                                 |
| Mães de peso adequado (IMC de 18,5 kg/m² até 24,9 kg/m²)        | 1,6Kg                               | 0,4Kg                                               | 11,5-16,0Kg                                 |
| Mães com sobrepeso (IMC de 25kg/m² até 29,9 kg/m²)              | 0,9Kg                               | 0,3Kg                                               | 7,0-11,5Kg                                  |
| Mães com obesidade (IMC acima de 30kg/m²)                       | 0Kg                                 | 0,3Kg                                               | 7,0Kg                                       |

Fonte: Ministério da Saúde

Fonte: BRASIL, 2022.

## Quadro 42 - Indicação e preparo para ultrassonografias -1

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 - 2

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 morfológicas (má formação de vísceras). |                                          | Hipotireoidismo, hipertireoidismo, cisto de tireóide 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.

Faça o download dos principais documentos [aqui](#)

**[Protocolo Pré-Natal Alto Risco e Fluxos - atualizado em nov. 2024.pdf](#)**

**Status da vigência - vigente até novembro 2027**

**[Resolucao n 20 - 2026 - Protocolo Clinico Pre-natal de Alto Risco.pdf](#)**

Revision #5

Created 18 March 2025 17:53:18 by Jessica Ventura

Updated 30 June 2026 13:46:12 by Jessica Ventura