



Saúde



---

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES** | SAÚDE DA MULHER

---

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL  
**PRÉ-NATAL DE  
ALTO RISCO**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES** | SAÚDE DA MULHER

ATUALIZADO EM AGOSTO DE 2025

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

## **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral**

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110  
<http://saude.prefeitura.rio/>

### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

### **Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

### **Subsecretário Executivo**

Rodrigo de Sousa Prado

### **Subsecretária Geral**

Fernanda Adães Britto

### **Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria**

Andre Luis Paes Ramos

### **Coordenador Geral do Complexo Regulador**

David Tebaldi Marques

### **Coordenadora da Regulação Ambulatorial**

Cristina Oliveira do Nascimento

### **Coordenação Técnica**

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

### **Colaboração**

Aline Furtado

Carolina Ennes

Claudia Dames de Arruda Lavelle

Fátima Penso

Julia Lima Bezerra

Livia de Souza Câmara

### **Revisão Técnica e Final**

Fernanda Adães Britto

### **Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

### **Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

### **Capa**

Aluisio Bispo

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Pré-Natal de Alto Risco / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

32p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO .....</b>	<b>6</b>
<b>PROTOCOLO DE REGULAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) .....	9
Cardiopatias maternas .....	10
Colagenoses .....	11
Neuropatias .....	11
Nefropatias .....	11
Pneumopatias .....	12
Doença maligna (câncer) .....	12
Doença trofoblástica .....	12
Doenças hematológicas .....	12
Endocrinopatias .....	13
Alterações antropométricas .....	14
Doenças infecto parasitárias .....	15
Gemelaridade .....	16
Alterações na ultrassonografia .....	16
Malformações fetais .....	18
Patologias uterinas e vaginais .....	18
História gestacional prévia .....	18
Pré-natal do homem trans .....	19
Outros .....	19
<b>SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO .....</b>	<b>20</b>
<b>COMO SOLICITAR PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO SISREG .....</b>	<b>21</b>

<b>ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA...</b>	<b>22</b>
<b>PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO .....</b>	<b>24</b>
<b>UNIDADES EXECUTANTES.....</b>	<b>25</b>
<b>SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado do pré-natal de alto risco na cidade.

## **CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

No dia 12 de maio de 2025, o Governo Federal lançou a Rede Alyne, estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, como uma estratégia que visa fortalecer a garantia da assistência de qualidade, segura e humanizada para todas as mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis até os dois primeiros anos de vida. A estratégia tem como objetivo central estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, com vistas a incidir na redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

Em 2024, a Rede Cegonha foi ampliada e rebatizada Rede Alyne, com reestruturação do programa e investimento em ações que visam reduzir a mortalidade materna e iniquidades em saúde, em particular as raciais. O nome homenageia Alyne Pimentel, mulher preta, moradora da Baixada Fluminense, que estava gestante de seis meses e morreu por consequência de desassistência, em 2002. Por isso, o Brasil tornou-se o primeiro caso no mundo de uma condenação em corte internacional por morte materna evitável, reconhecida como violação de direitos humanos das mulheres a uma maternidade segura.

As estratégias para a melhora desses indicadores necessitam de mudanças assistenciais e organizacionais dos diferentes serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde e que devem trabalhar em sintonia, de modo a garantir cuidado e assistência integral. Nessa perspectiva, o município do Rio de Janeiro implantou, de maneira pioneira, o programa Cegonha Carioca na cidade. Por meio do programa, as gestantes devem ter o acesso garantido para o início do pré-natal nas unidades de atenção primária de maneira precoce, idealmente até a 12ª semana de gravidez, e pode ser feito com consulta médica e de enfermagem intercaladas. Frente às mudanças do perfil das gestantes, do risco habitual para alto risco, o encaminhamento para o serviço especializado deve ser orientado e discutido junto à gestante. Os registros da atenção pré-natal devem ser completos e estruturados, com todas as informações contidas no prontuário e no cartão de pré-natal da gestante, que é uma importante ferramenta para a coordenação do cuidado.

As maternidades de referência são dimensionadas por território, com base na densidade populacional e na distância. Todas as gestantes que realizam o pré-natal em uma Unidade de Atenção Primária (UAP) do município do Rio de Janeiro ficam sabendo, antes do parto, em qual maternidade terão seus bebês, e têm a oportunidade de visitar o local. Além disso, participam de ações educativas e, ao final da visita, as gestantes recebem o enxoval Cegonha.

O Cegonha Carioca está presente em todas as fases da gestação, inclusive no momento do parto. Quando chega a hora do parto, a gestante conta com o transporte Cegonha, uma ambulância exclusiva que busca a gestante em casa e a leva até a maternidade. Quando a gestante chega na maternidade, é recebida por uma equipe treinada e acolhedora, que irá acompanhá-la durante toda a sua permanência na unidade. Ela também tem o direito de escolher um acompanhante para estar ao seu lado durante e após o parto.

A Atenção Primária à Saúde (APS) articula-se como o centro de comunicação entre os outros serviços da rede. Desta maneira, as equipes da atenção primária devem monitorar o pós-alta, por meio de informações dos familiares ou contato direto com a maternidade. Essa ação visa ao planejamento dos profissionais da APS para organizar a visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a assistência no período puerperal e da criança pelo enfermeiro ou médico. A primeira consulta deve ocorrer, idealmente, na primeira semana pós-alta, a fim de oportunizar a avaliação clínica da mulher e a coleta do teste do pezinho em tempo hábil, até o quinto dia do recém-nascido, podendo ocorrer pela consulta individual na UAP ou por meio da assistência domiciliar.

É importante ressaltar que não existe alta do pré-natal. A sua conclusão ocorre na segunda consulta puerperal, 45 dias após o parto. Portanto, os profissionais das unidades de atenção primária devem garantir a continuidade do acompanhamento da mulher e do recém-nascido, dando maior atenção nesse período às questões relacionadas à maternidade e possíveis complicações, à sexualidade, ao planejamento familiar, à autoestima, ao apoio familiar, entre outros fatores que necessitem de manejo e suporte em cada caso pela APS carioca."



## PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

Trata-se de protocolo oficial de acesso ao pré-natal de alto risco e que define as regras para a solicitação de consultas em obstetrícia de alto risco para pacientes munícipes da cidade do Rio de Janeiro, no âmbito do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e Sistema Estadual de Regulação (SER).

Indicações clínicas foram separadas segundo a condição clínica ou diagnóstico que indique o encaminhamento para os ambulatorios de alto risco no SISREG ou SER, seguindo a seguinte distribuição:

1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
2. Cardiopatias maternas;
3. Colagenoses;
4. Neuropatias;
5. Nefropatias;
6. Pneumopatias;
7. Doença maligna (câncer);
8. Doença trofoblástica;
9. Doenças hematológicas;
10. Endocrinopatias;
11. Alterações antropométricas;
12. Doenças Infecto Parasitárias;
13. Alterações na ultrassonografia;
14. Malformações fetais;
15. Patologias uterinas e vaginais;
16. História gestacional prévia;
17. Pré-natal do homem trans;
18. Outros.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL e CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — GESTANTE — IG 32 OU MAIS.

### Indicações clínicas:

**Encaminhar via SISREG para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral” se IG até 32 semanas ou “Consulta em Obstetrícia — Gestante — IG 32 ou mais” se IG entre 32 e 37 semanas. Se IG 37 semanas ou mais, solicitar Vaga Zero.**

1. Hipertensão arterial sistêmica prévia ou desenvolvida antes de 20 semanas de gestação e sem lesão de órgão-alvo;
2. Hipertensão gestacional desenvolvida após 20 semanas de gestação (hipertensão sem proteinúria, lesão de órgão-alvo ou sintomas relacionados à pré-eclâmpsia), depois de já ter sido feita avaliação de emergência na maternidade via Vaga Zero;
3. Pré-eclâmpsia — hipertensão desenvolvida após 20 semanas e associada à proteinúria ( $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$ ) ou sintomas/lesões de órgão-alvo — previamente avaliadas em emergência, com ou sem lesões de órgão alvo assintomáticas; todas as gestantes com sintomas devem ser encaminhadas via Vaga Zero.
4. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica.

### HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ E VAGA ZERO

**Solicitar Vaga Zero para toda gestante previamente normotensa que desenvolva pressão maior ou igual a 140mmHg de sistólica e 90mmHg de diastólica após a 20ª semana. Estas gestantes precisam ser avaliadas com urgência nas maternidades devido à possibilidade de pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e eclâmpsia.**

### PRÉ-ECLÂMPSIA

1. Hipertensão arterial com Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $\geq 160\text{mmHg}$  ou Pressão Arterial Diastólica (PAD)  $\geq 110\text{mmHg}$ , no intervalo de 15 minutos após a 20ª semana gestacional em mulheres sem hipertensão prévia; OU
2. Hipertensão arterial (PAS  $\geq 140\text{mmHg}$  ou PAD  $\geq 90\text{mmHg}$ ) detectada em duas ocasiões com, pelo menos, 4 horas de intervalo após a 20ª semana gestacional em mulheres sem hipertensão prévia e com início de qualquer uma das seguintes situações:
  - a. Proteinúria (relação proteinúria/creatininúria  $\geq 0,3\text{mg}/\text{dl}$ ; 300mg ou mais em urina de 24 horas ou fita reagente  $\geq 2+$ );

- b.** Plaquetopenia ( $< 100.000$  cels/ $\text{mm}^3$ );
- c.** Creatinina sérica  $\geq 1$  mg/dl na ausência de outras doenças renais; OU
- d.** Transaminases elevadas  $> 2$ x o valor superior da normalidade; OU
- e.** Edema pulmonar; OU
- f.** Sintomas cerebrais ou visuais (cefaleia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, cegueira, confusão mental); OU
- g.** Dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.

### PRÉ-ECLÂMPSIA SOBREPOSTA COM HAS CRÔNICA

- 1.** Em gestantes com hipertensão preexistente, os critérios para pré-eclâmpsia sobreposta são qualquer uma das seguintes situações, após 20 semanas de gestação:
  - a.** Novo início de proteinúria; OU
  - b.** Disfunção significativa de órgãos-alvo.

**Nota:** Naquelas que apresentam proteinúria antes ou no início da gravidez, a pré-eclâmpsia sobreposta é definida por piora ou resistência da hipertensão (especialmente aguda) na última metade da gestação ou desenvolvimento de sinais e sintomas de gravidade da doença.

### ECLÂMPSIA

- 1.** Crise convulsiva em pacientes com pré-eclâmpsia.

## CARDIOPATIAS MATERNAS

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

#### Indicações clínicas:

- 1.** Cardiomiopatias;
- 2.** Valvulopatias com repercussões cardíacas;
- 3.** Arritmias cardíacas;
- 4.** Doença arterial coronariana ou infarto agudo do miocárdio prévio;
- 5.** Insuficiência cardíaca congestiva;
- 6.** Demais cardiopatias com risco materno ou fetal.

## COLAGENOSES

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

### **Indicações clínicas:**

1. Lúpus eritematoso sistêmico;
2. Síndrome fosfolípide;
3. Artrite reumatoide;
4. Doença de Crohn e retocolite ulcerativa em atividade ou descompensada;
5. Demais doenças autoimunes com comprometimento sistêmico.

## NEUROPATIAS

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

### **Indicações clínicas:**

1. Epilepsia;
2. Doenças neuromusculares;
3. Distúrbios do movimento;
4. Acidente vascular prévio;
5. Paraplegias ou tetraplegias;
6. Demais neuropatias com risco materno ou fetal.

## NEFROPATIAS

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

### **Indicações clínicas:**

1. Doença Renal Crônica (DRC);
2. Glomerulopatias;
3. Demais nefropatias com risco materno ou fetal.

## PNEUMOPATIAS

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

### Indicações clínicas:

1. DPOC;
2. Asma de difícil controle;
3. Fibrose cística.

### ATENÇÃO!

Gestantes com asma leve ou moderada deverão ser encaminhadas para “Consulta em Pneumologia — Asma”.

## DOENÇA MALIGNA (CÂNCER)

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

### Indicações clínicas:

1. Todas as pacientes que apresentarem diagnóstico de doença oncológica (atual ou em *follow up*, sem alta pela oncologia), à exceção do câncer de pele.

## DOENÇA TROFOBLÁSTICA

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ EM ONCOLOGIA — GINECOLOGIA — DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (MOLA HIDATIFORME).

### Indicações clínicas:

1. Todas as pacientes com diagnóstico de Doença Trofoblástica Gestacional (mola hidatiforme). Histórico em gestação prévia não é critério para encaminhamento ao alto risco.

## DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL.

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

**Indicações clínicas:**

**Encaminhar via SISREG para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral” se:**

1. Gestante com IG até 32 semanas com anemia carencial com Hemoglobina menor do que oito —  $Hb < 8g/dl$ ; se IG 32 semanas ou mais e sem sintomas, não encaminhar. Se IG 32 semanas ou mais e presença de sintomas, solicitar Vaga Zero..

**Encaminhar via SER para “Ambulatório de 1ª Vez — Pré-Natal de Alto Risco Estratégico” se:**

1. Doença falciforme e demais hemoglobinopatias — não encaminhar traço falcêmico;
2. Hemofilias e trombofilias;
3. Trombocitopenia com contagem de plaquetas  $< 100.000 \text{ cels/mm}^3$ ;
4. Púrpura trombocitopênica idiopática.

## ENDOCRINOPATIAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL; CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — GESTANTE – IG 32 OU MAIS; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DIABETES GESTACIONAL; ou CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — GESTANTE (EXCETO DIABETE).

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

**Indicações clínicas:**

**Encaminhar via SISREG para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral” se IG até 32 semanas ou “Consulta em Obstetrícia — Gestante — IG 32 ou mais” se IG entre 32 e 37 semanas. Se IG 37 semanas ou mais, solicitar Vaga Zero.**

1. Gestante com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) durante a gestação (diabetes pré-gestacional):
  - a. Glicemia de jejum  $\geq 126mg/dl$ ; OU
  - b. TOTG de 2 horas  $\geq 200mg/dl$ ;
  - c.  $Hb1Ac \geq 6,5\%$  — apenas para novos diagnósticos no primeiro trimestre de gravidez;
  - d. Glicemia aleatória  $\geq 200mg/dl$  associada a sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso);

## 2. DM Gestacional:

- a. Gestante com IG de 15 semanas ou mais com glicemia de jejum do primeiro trimestre  $\geq 92\text{mg/dl}$  e  $< 126\text{mg/dl}$ , realizado após um período de jejum de, pelo menos, 8 horas;
- b. Gestante com menos de 15 semanas de gestação com glicemia de jejum  $\geq 99\text{mg/dl}$  e  $< 126\text{mg/dl}$ , realizado após um período de jejum de, pelo menos, 8 horas.

### **ATENÇÃO!**

**Se gestante com menos de 15 semanas de gestação, sem outra comorbidade associada, com glicemia de jejum entre 92 e 99mg/dl, realizado após um período de jejum de, pelo menos, 8 horas, deve repetir o exame com 15 semanas — mantendo glicemia com valores  $\geq 92$ , encaminhar ao alto risco.**

3. Pacientes com diagnóstico, prévio à gestação, de Diabetes Mellitus, em uso de insulina ou hipoglicemiante oral.

### **Encaminhar também via SISREG para “Consulta em Endocrinologia — Diabetes Gestacional” se:**

1. Pacientes com DM pré-gestacional Tipo 1 ou Tipo 2 de difícil controle, ainda não acompanhadas por endocrinologistas.

### **Encaminhar via SISREG para “Consulta em Endocrinologia — Gestante (Exceto Diabetes)” se:**

1. Hipotireoidismo com IG até 32 semanas; se IG superior a 32 semanas, não encaminhar. Em caso de hipotireoidismo descompensado e sintomático, encaminhar também para “Consulta em Endocrinologia — Gestante (Exceto Diabetes)”, independentemente da IG.

### **Encaminhar via SER para “Ambulatório de 1ª Vez – Pré-natal de Alto Risco Estratégico” se:**

1. Hipertireoidismo;
2. DM com lesão de órgão-alvo (DRC, retinopatia diabética, doença arterial periférica etc.).

## **ALTERAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS**

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL.

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

**Indicações clínicas:**

**Encaminhar via SISREG para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral” se:**

1. Paciente com IMC < 18kg/m<sup>2</sup> de causa desconhecida ou causa metabólica se IG até 32 semanas; se IG superior a 32 semanas, não encaminhar.

**Encaminhar via SER para “Ambulatório de 1ª Vez — Pré-Natal de Alto Risco Estratégico” se:**

1. Gestante com peso superior a 140kg no momento do encaminhamento.

**Encaminhar via SER para “Ambulatório 1ª Vez em Gestação Pós-Cirurgia Bariátrica” se:**

1. Gestantes pós-bariátrica.

## DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM INFECTOLOGIA — HIV/AIDS — GESTANTES; CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — INFECTOLOGIA; ou CONSULTA EM HEPATOLOGIA — HEPATITES VIRAIS — GESTANTES.

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

**Indicações clínicas:**

**Encaminhar via SISREG para “Consulta em Infectologia — HIV/AIDS — Gestantes” se:**

1. Gestantes convivendo com o HIV.

**Encaminhar via SISREG para “Consulta em Obstetrícia — Infectologia” se:**

1. Toxoplasmose;
2. Esquistossomose;
3. Citomegalovirose com IgM positivo;
4. Leishmaniose.

**Encaminhar via SISREG para “Consulta em Hepatologia — Hepatites Virais — Gestantes” se:**



1. Gestante com Hepatite B;
2. Gestante com Hepatite C.

**Encaminhar via SER para “Ambulatório de 1ª Vez — Pré-natal de Alto Risco Estratégico” se:**

1. Gestante com HIV com CD4 < 350 e apresentando quadro de imunodeficiência sintomática (associação com doenças como neurotoxoplasmose, neurocriptococose, histoplasmosse disseminada, pneumocistose, linfoma, tuberculose extrapulmonar, sarcoma de Kaposi ou candidíase esofageana).

**ATENÇÃO!**

**Gestante com sífilis e alérgica à penicilina: antes de instituir o tratamento com penicilina na APS, solicitar dessensibilização pelo procedimento “Consulta em Alergologia — Dessensibilização Gestantes” no SISREG.**

## GEMELARIDADE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL e CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — GESTANTE — IG 32 OU MAIS.

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

**Indicações clínicas:**

1. Gestante com gravidez gemelar dicoriônica e diamniótica ou monocoriônica e diamniótica. Encaminhar via SISREG para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral” se IG até 32 semanas ou “Consulta em Obstetrícia — Gestante — IG 32 ou mais” se IG entre 32 e 37 semanas. Se IG 37 semanas ou mais, solicitar Vaga Zero.

**Encaminhar via SER para “Ambulatório de 1ª Vez — Pré-natal de Alto Risco Estratégico” se:**

1. Gestantes com gravidez gemelar monocrômica e monoamniótica até 22 semanas de idade gestacional ou com corionicidade desconhecida até 16 semanas; se IG igual ou superior 22 semanas, solicitar Vaga Zero.

## ALTERAÇÕES NA ULTRASSONOGRAFIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL e CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — GESTANTE — IG 32 OU MAIS.

**Indicações clínicas:**

1. Em caso de oligodrâmnio leve, encaminhar via SISREG para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral” se IG até 32 semanas. Após 32 semanas de IG, não encaminhar.
2. Em caso de polidrâmnio.
  - Se IG até 32 semanas: via SISREG em “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral”;
  - Se  $\geq 32$  semanas e na presença de diabetes: solicitar Vaga Zero;
  - Se  $\geq 32$  semanas e na ausência de diabetes mellitus ou gestacional: não encaminhar.
3. Crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional) e macrossomia (feto acima do percentil 90 para idade gestacional): solicitar Vaga Zero, solicitando à emergência obstétrica a avaliação pelo especialista e realização de exames mais específicos, quando confirmado, encaminhar:
  - Se IG até 32 semanas: via SISREG em “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral”;
  - Se  $> 32$  semanas: via SISREG em “Consulta em Obstetrícia — Gestante — IG 32 ou mais”.
4. Em caso de placenta prévia oclusiva parcial (com implantação baixa) em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação.
  - Se IG até 28 semanas: acompanhar de forma expectante;
  - Se IG 28 e 32 semanas: via SISREG em “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral”;
  - Se IG  $\geq 32$  semanas: via SISREG em “Consulta em Obstetrícia — Gestante — IG 32 ou mais”;
  - Se apresentar sangramento, encaminhar via Vaga Zero, independentemente da IG.
5. Em caso de **placenta prévia completa** (oclusiva total), independentemente da idade gestacional; ou **acretismo placentário** ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre cicatriz de cesariana previa); ou **inserção velamentosa do cordão** ou vasa prévia.
  - Se IG até 32 semanas: via SISREG em “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral”;
  - Se  $> 32$  semanas: via SISREG em “Consulta em Obstetrícia — Gestante — IG 32 ou mais”;
  - Se apresentar sangramento, independentemente da IG, encaminhar via Vaga Zero.

## MALFORMAÇÕES FETAIS

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — ACONSELHAMENTO EM MALFORMAÇÃO FETAL.

### Indicações clínicas:

1. Gestante com até 32 semanas com diagnóstico de malformação fetal que não necessite de intervenção cirúrgica nas primeiras 72 horas — nesta consulta é realizado tão somente o aconselhamento da gestante e família. O parto segue na maternidade de referência de acordo com o Cegonha Carioca.
2. Gestante em qualquer IG apresentando feto com malformação que necessite de intervenção cirúrgica nas primeiras 72 horas de vida — gastrosquise, atresia de esôfago e duodeno, malformação pulmonar e hérnia diafragmática. Em caso de diagnóstico de demais malformações após 32 semanas, seguir o pré-natal na APS e comunicar a maternidade de referência do cegonha carioca com auxílio da Coordenação de Área Programática (CAP).

## PATOLOGIAS UTERINAS E VAGINAIS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL.

### Indicações clínicas:

1. Incompetência istmocervical diagnosticada até 12 semanas; se diagnosticado após 12 semanas, solicitar Vaga Zero;
2. Pacientes que realizaram cerclagem uterina após Vaga Zero por incompetência istmocervical diagnosticada entre 12 e 16 semanas;
3. Miomas com dimensão maior que 7cm ou volume superior a 200cm<sup>3</sup> se IG até 32 semanas; se IG superior a 32 semanas, não encaminhar;
4. Prolapsos uterinos se IG até 32 semanas; se IG superior a 32 semanas, não encaminhar;
5. Condiloma acuminado ou verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses se IG até 32 semanas; se IG superior a 32 semanas, não encaminhar.

## HISTÓRIA GESTACIONAL PRÉVIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL.

**Indicações clínicas:**

**Encaminhar para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral” se IG até 32 semanas; se IG superior a 32 semanas, não encaminhar.**

1. Natimorto de causa desconhecida;
2. Neomorto de causa desconhecida;
3. Abortamento recorrente (três ou mais de forma espontânea) — neste caso, encaminhar somente se IG até 24 semanas;
4. Descolamento de placenta de causa ignorada.

## PRÉ-NATAL DO HOMEM TRANS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL.

**Indicações clínicas:**

1. Toda e qualquer homens trans que opte pelo encaminhamento, em uso de terapia hormonal ou não, com ou sem retificação de documento de identificação, tão logo seja diagnosticada a gravidez.

### ATENÇÃO!

**Ao encaminhar, realizar pronto contato por telefone e/ou e-mail ao NIR/RT da CAP, que, por sua vez, solicitará igualmente por telefone ou e-mail o agendamento pela CGCR. Unidade de referência para o atendimento: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda.**

## OUTROS

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO.

**Indicações clínicas:**

1. Aloimunização materna:
  - a. Em gestação anterior;
  - b. Com RH negativo e Coombs indireto positivo e titulação > 1/8;
  - c. Com RH negativo e achados ecográficos fetais compatíveis com anemia;
2. História pregressa de trombose venosa profunda e/ou embolia pulmonar;

### 3. História familiar de cromossomopatia.

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL.

#### **Indicações clínicas:**

1. Pacientes grávidas em uso de DIU se IG até 32 semanas; se IG superior a 32 semanas, não encaminhar.

## **SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO**

- Exclusivamente pela idade se  $< 15$  ou  $> 53$  anos;
- Fatores de risco ocupacionais;
- Situação familiar/conjugal insegura;
- Saúde mental, álcool e drogas — articular o cuidado com eMulti/CAPS e CAPSad;
- Altura  $< 1,45\text{m}$ ;
- Baixo peso com IMC  $> 18\text{kg/m}^2$ ;
- Mulheres com sobrepeso ou obesidade e  $< 140\text{kg}$ ;
- Ganho ponderal da gestante inadequado;
- Infecção urinária, incluindo os casos de repetição;
- Anemia carencial com hemoglobina  $> 8\text{g/dl}$ ;
- Traço falciforme;
- Tuberculose;
- Hematoma subcoriônico diagnosticado por ultrassonografia (USG) do primeiro trimestre;
- Malformação fetal que não necessita de intervenção cirúrgica nas primeiras 72 horas de vida — deverá realizar seu pré-natal na APS se diagnosticada após 32 semanas;

- História reprodutiva prévia de crescimento intrauterino restrito (CIUR prematuridade, malformações, macrosomia, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas);
- Intervalo interpartal < 2 ou > 5 anos, nuliparidade ou multiparidade;
- Cirurgia uterina anterior;
- Duas ou mais cesarianas anteriores.

## **COMO SOLICITAR PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO SISREG**

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Idade gestacional;
- Paridade e tipo de partos;
- Histórico de aborto e com qual IG ocorreram;
- Peso, altura e IMC;
- Comorbidades apresentadas;
- Sinais ou sintomas apresentados;
- Medicações em uso e posologia;
- Resultado de exames, incluindo ultrassonografias, testes rápidos e exames laboratoriais.

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, acione o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

## ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Hipertensão com Pressão Arterial (PA)  $\geq 140\text{mmHg} \times 110\text{mmHg}$ , independentemente de idade gestacional, com ou sem sinais e sintomas;
- Hipertensão com PA sistólica  $\geq 140\text{mmHg}$  ou diastólica  $\geq 90\text{mmHg}$  iniciada a partir de 20 semanas, independentemente do resultado de eventual teste de proteinúria em fita;
- Hipertensão com PA sistólica  $\geq 140\text{mmHg}$  ou diastólica  $\geq 90\text{mmHg}$ , independentemente da idade gestacional, sintomática (cefaleia severa, alterações visuais como escotomas, epigastralgia severa, vômitos, com ou sem proteinúria);
- Eclâmpsia;
- Crise convulsiva ou período pós-comicial;
- Período expulsivo / trabalho de parto;
- Prolapso de cordão;
- Ocorrência de parto fora do ambiente da maternidade (p.ex.: UAP ou domiciliar sem assistência);
- Idade gestacional  $\geq 41$  semanas;
- Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12 horas, em gestação com mais de 26 semanas;
- Abortamento retido com confirmação de ausência de batimentos cardíofetais por ultrassonografia — a conduta, na ausência de sintomas, pode ser expectante por até 30 dias, reservando-se o encaminhamento após esse período para realizar USG ou após realizado USG que indique manutenção de restos placentários ou fetais;
- Trabalho de abortamento (sangramento vaginal ativo, colo entreaberto ou dilatado, com ou sem dor);
- Hemorragia genital a partir de 20 semanas, confirmada após exame físico; suspeita ou confirmação de incompetência istmocervical — quando entre 12 a 16 semanas, encaminhar via Vaga Zero para a emergência obstétrica; se até 12 semanas, encaminhar via SISREG;

- Suspeita ou confirmação ultrassonográfica de gestação ectópica;
- Hipertonia uterina (tônus uterino aumentado de forma persistente);
- Perda de líquido amniótico confirmada por exame especular ou por diagnóstico de USG;
- Oligodrâmnia moderada ou severa;
- Suspeita de Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) confirmada pela ultrassonografia (peso fetal abaixo do percentil 10);
- Febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  associada a sinais e sintomas que indiquem infecção sistêmica;
- Suspeita ou confirmação de pielonefrite;
- Hiperêmese refratária aos tratamentos instituídos ou com sinais de desidratação;
- Hiperglicemia com alteração de nível de consciência, ou gestantes com diagnóstico recente de diabetes, não havendo tempo hábil para manejo segundo protocolo clínico; hipoglicemia  $< 60\text{mg/dl}$  se associada à condição de risco (p.ex.: doença metabólica ou uso de insulina), acompanhada de sudorese, alteração do nível de consciência, visão turva, pulso anormal ou dispneia;
- Agudização de doença falciforme;
- Sintomas neuropsiquiátricos: letargia, confusão mental, alteração grave de comportamento, entre outros;
- Usuária vítima de violência com lesões graves ou com indicação de profilaxia pós-exposição;
- Dor torácica com suspeita de gravidade;
- Intoxicação exógena (overdose de drogas ilícitas, coma alcoólico, envenenamento ou superdosagem de medicação);
- Suspeita de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Sinais sistêmicos ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso;
- Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado, associado a odor fétido, febre ou dor pélvica;
- Sinais de mastite grave ou abscesso mamário, febre ou necrose.



## PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

Esta recomendação se destina à priorização na solicitação via SISREG. Para o SER a priorização é definida pela Central Estadual de Regulação.

**VERMELHO** → Gestante hipertensa após atendimento via Vaga Zero; gestante com diabetes; gestantes convivendo com o HIV, hepatites e demais doenças infectoparasitárias; acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre cicatriz de cesariana prévia); incompetência istmocervical diagnosticada até 12 semanas; prolapsos uterinos; polidrâmnio; placenta prévia completa (oclusivo total), independentemente da idade gestacional; placenta prévia oclusiva parcial (com implantação baixa) em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; inserção velamentosa do cordão ou vasa prévia.

**AMARELO** → Paciente com IMC < 18kg/m<sup>2</sup> de causa desconhecida ou causa metabólica; gestante com gravidez gemelar dicoriônica e diamniótica ou monocoriônica e diamniótica em qualquer idade gestacional; gestantes com gravidez gemelar monocrômica e monoamniótica após 28 semanas de idade gestacional; crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional).

**VERDE** → Anemia carencial com hemoglobina menor do que oito (Hb < 8g/dl); hipotireoidismo; oligodrâmnio leve; abortamento recorrente (3 ou mais de forma espontânea).

**AZUL** → Miomas com dimensão maior que 7cm ou volume superior a 200cm; condiloma acuminado ou verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses; natimorto de causa desconhecida; neomorto de causa desconhecida; descolamento de placenta de causa ignorada.

## UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **smsrio.org**.

### NO SISREG:

#### CONSULTA EM ALERGOLOGIA — DESSENSIBILIZAÇÃO GESTANTES

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)

#### CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DIABETE GESTACIONAL

- Hospital Federal da Lagoa
- Policlínica Piquet Carneiro
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Municipal da Piedade
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho

#### CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — GESTANTE (EXCETO DIABETES)

- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco

**CONSULTA EM HEPATOLOGIA — GESTANTES COM HEPATITES VIRAIS**

- Policlínica Hélio Pellegrino

**CONSULTA EM INFECTOLOGIA — HIV/AIDS — GESTANTE**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)

**CONSULTA EM OBSTETRÍCIA — ALTO RISCO GERAL**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Hospital Municipal Lourenço Jorge
- Maternidade Carmela Dutra
- Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Hospital Maternidade Alexander Fleming
- Hospital Maternidade Fernando Magalhães
- Maternidade Escola da UFRJ
- Maternidade da Rocinha
- Hospital Maternidade Paulino Werneck

**NO SER:****AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO**

- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Maternidade Escola da UFRJ
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

### AMBULATÓRIO DE 1ª VEZ — ACONSELHAMENTO EM MALFORMAÇÃO FETAL

- Maternidade Escola da UFRJ
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

### AMBULATÓRIO 1ª VEZ EM ONCOLOGIA — GINECOLOGIA — DOENÇA TROFBLÁSTICA GESTACIONAL (MOLA HIDATIFORME)

- Maternidade Escola da UFRJ

**Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares,** o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

## SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **smsrio.org**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Management of Diabetes in Pregnancy:** Standards of Medical Care in Diabetes — 2021. *Diabetes Care*, 44, Supplement 1, 2021.

BARROSO, W. K. S. *et al.* **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial** — 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516–658

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico, Brasília, 2012. 5. ed. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf). Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] Brasília, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2020. 248 p. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf). Acesso em: 28 abr. 2022.

DM AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Screening for gestational and pregestational diabetes in pregnancy and postpartum: Clinical Practice Update. **Obstetrics & Gynecology**. v. 144, p. e20–e23, jul. 2024.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Weight Gain During Pregnancy**: Reexamining the Guidelines. Washington (DC): National Academy Press, 2009.

KEILMAN, C.; SHANKS, A. L. **Oligohydramnios**. [Atualizado em 14 de setembro de 2021]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562326/>. Acesso em: 27 abr. 2022.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, Jorge de R. **Obstetrícia fundamental**, Rezende. 14. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1.002 p.

PESSOA, Mário Guimarães; MORAES, Adriana. **Hepatites virais na gravidez**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo — Obstetrícia, n. 62/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas). Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046487/femina-2019-471-37-41.pdf>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

SAUNDERS, C.; PADILHA, P. C. **Diabetes mellitus na gestação**. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS C.; LACERDA, E. M. A. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2a. Ed, 2a. reimpressão. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan. 2012. p. 195-212.









P R E F E I T U R A



**RIO**

Saúde

