

## PROTOCOLOS DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO E SERVIÇOS AUXILIARES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER (CRSMRP-MATER) – ABRIL DE 2026

### PARTE I - PROTOCOLO DE ACESSO ÀS LINHAS DE CUIDADO DA OBSTETRÍCIA

#### 2. PRÉ-NATAL DE RISCO INTERMEDIÁRIO

**Nomenclatura SIRESP: Obstetrícia – Pré-Natal Risco Intermediário**

Lista de CID: Z35.8 / Z35.9 / O10.0 / O24.4 / E66.9 / O99.0

Trata-se de proposta assistencial em regime de **MATRICIAMENTO** com a Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo não é assumir integralmente a assistência pré-natal, mas sim atuar em parceria com a APS, oferecendo suporte para patologias que exijam recursos além dos disponíveis na rede básica.

Nesse contexto, as gestantes serão encaminhadas para avaliação pela equipe do ambulatório com os exames básicos de pré-natal realizados, além dos exames específicos de acordo com a patologia identificada. A equipe especializada, então, fará os ajustes necessários nas condutas e, se indicado, programará avaliações de vitalidade e crescimento fetal ao longo da gestação.

É importante destacar que a paciente deverá manter o seguimento na unidade de origem.

Serão atendidas gestantes em qualquer idade gestacional que apresentem as seguintes comorbidades:

#### 2.1. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e indicação de insulinoterapia sem repercussão fetal.

##### ATENÇÃO AOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Gestantes com DM1 e DM2 deverão ser encaminhadas ao Alto Risco, independente do tratamento que estejam realizando.
- Gestantes com DMG bem controladas com dieta deverão manter seguimento na APS até o encaminhamento ao Projeto Nascer.

As pacientes com diagnóstico de DMG deverão receber, em serviço de origem, orientação de terapia nutricional, com total de calorias diárias, considerando a classificação nutricional definida pelo Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional e o seguinte cálculo:

Total de calorias = Peso\* x fator de correção (\*considerar peso atual)

Índice de Massa Corporal	Fator de correção
Baixo peso	35
Adequado	30
Sobrepeso	25
Obesidade	22

A composição ideal da dieta deverá respeitar as seguintes proporções:

- 40% a 45% de carboidratos;
- 15% a 20% de proteínas (no mínimo 1,1 g/kg/dia);
- 30% a 40% de gorduras (7% saturadas)

A ingestão calórica recomendada deve ser dividida em seis refeições: Café da manhã, Lanche da manhã, Almoço, Lanche da tarde, Jantar, Lanche noturno (22 horas).

Após uma a duas semanas da prescrição dietética, realizar a avaliação de perfil glicêmico (dosagem glicêmica em horários pré-determinados em relação à dieta) de acordo com as recomendações no quadro abaixo. Se os níveis glicêmicos permanecerem elevados ( $\geq 30\%$  de valores alterados), recomenda-se iniciar o tratamento farmacológico.

Recomendação para aferição da glicemia capilar na condução da paciente com DMG:

<b>Paciente em tratamento não farmacológico</b>	
<b>Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total</b>	<b>Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial</b>
Perfil diário de 4 pontos: Jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar	Perfil de 4 pontos 3 vezes por semana: Jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar
<b>Paciente em tratamento farmacológico</b>	
<b>Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total</b>	<b>Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial</b>

Perfil diário de 6 pontos: Jejum, pós-café, antes do almoço, pós-almoço, antes do jantar, pós-jantar	Perfil diário de 4 pontos: Jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar
---	--

Fonte: Adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57p.

São considerados valores alterados:

- Glicemia de jejum  $\geq 95$  mg/dl;
- Glicemia pré-prandial  $\geq 100$  mg/dl;
- Glicemia uma hora pós-prandial  $\geq 140$  mg/dl;
- Glicemia duas horas pós-prandial  $\geq 120$  mg/dl.

Para o encaminhamento, além dos exames básicos, deverá ser apresentado o perfil glicêmico ambulatorial (utilizando glicosímetro ou sensor de monitorização glicêmica contínua) de acordo com as recomendações já citadas acima.

## 2.2. Hipertensão Arterial Crônica (HAC)

Gestantes hipertensas crônicas que não façam uso de medicação ou usem apenas UMA medicação (monoterapia). Recomenda-se que a profilaxia para pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intraútero (AAS + Cálcio) seja iniciada na APS, conforme protocolo regional de profilaxia de pré-eclâmpsia. Apresentar, além dos exames habituais de pré-natal, os seguintes exames:

- Hemograma com contagem de plaquetas
- Creatinina
- TGO/ TGP
- Bilirrubinas
- Relação proteína-creatinina em amostra isolada de urina OU Urina tipo i
- Eletrocardiograma dependendo da clínica da paciente
- Fundo de olho (se possível)

## 2.3. Anemia moderada

Gestantes com hemoglobina entre 8 e 10 podem ser encaminhadas ao pré-natal intermediário para complementação de avaliação e programação de seguimento. Exames recomendados, além dos básicos:

- Eletroforese de Hemoglobina
- Ferro sérico
- Ferritina
- Capacidade Latente de Fixação do Ferro

#### **2.4. Obesidade mórbida com IMC > 40**

Gestantes com IMC acima de 40 sem comorbidade ou que tenham diagnóstico de outra morbidade incluída nesse protocolo poderão ser encaminhadas para avaliação nutricional, com o acréscimo em relação aos exames complementares da comorbidade de Lipidograma e TSH.

#### **2.5. Outras condições que podem ser encaminhadas**

- Asma bem controlada sem episódios de agudização na gestação
- Epilepsia bem controlada sem crises na gestação
- Leiomiomatose uterina: mioma subseroso com 10cm ou mais ou mioma intramural ou submucoso com mais de 5cm.

### **3. AMBULATÓRIO DE ACOLHIMENTO E CUIDADO EM ABORTAMENTO RETIDO**

**Nomenclatura SIRESP: Ginecologia - Triagem**

Lista de CID: O02.1

Neste ambulatório, serão atendidas pessoas que estejam vivenciando situação de abortamento com diagnóstico na atenção primária de aborto retido para seguimento em conduta expectante ou programação de conduta ativa.

**Critérios de exclusão:**

- Pacientes com IMC > 40kg/m<sup>2</sup> com comorbidades
  - Gestação ectópica
  - Gestação não confirmada
- Sangramento vaginal ativo que demande avaliação de urgência (aborto em curso)
- Sinais de aborto infectado (encaminhar via urgência)