



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 730/2022

Vitória, 25 de maio de 2022.

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED] em favor de [REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas da Vara Única de Laranja da Terra – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Izaqueu Lourenço da Silva Júnior, sobre os procedimentos: **Consulta em obstetrícia – gestação de alto risco**

## I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente não consegue agendar consulta com médico especializado em obstetrícia com urgência, pois é considerada gestante de alto risco. Esta consulta foi solicitada em 04/05/2022, através de e-mail, sem êxito até o momento. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 11 consta guia de referência e contra referência, emitido em 25/04/2022 pelo Dr. Antônio N. Ronconi, ginecologista/obstetra, CRM ES 6259, descrevendo paciente com gesta 05, parto 03, e aborto 01; Dum 17/09/21; DPP 24/06/22. US Obst (02/12/21): com 11 semanas. TN 1.6 mm, DPP: 19/06/22; US Obst (18/04/22): com 31.1 semanas e biometria de 32 sem, doppler obst normal; peso fetal 1963 g (percentil 78). ILA: 27.5 (polidramnia). Plac. Corp. ant. grau I; diâmetro biparietal (percentil 90). Circunferência cefálica (percentil 98); IG: 31.2 sem., PESO:66,850Kg, AFU: 35CM, BCF: 148BPM, PA: 110x70 MMHG, MF+, EDEMA: O; TOTG (30/03/22): 78/ 156/ 110. O motivo da referência é devido a pré natal de alto risco. Polidrâmnia (ILA: 27.5), diâmetro biparietal (percentil 90) e circunferência cefálica (percentil 98).



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

3. Às fls. 12 consta laudo de ultrassonografia obstétrica, emitido em 03/03/2022, evidenciando que cálculos baseados no CF indicam que o feto pode estar com aproximadamente 30,96 cm; Placenta Inserção: Tópica. Posição: Anterior. Textura: Homogênea. Grau: '0 Espessura: 2,9 cm; Cordão umbilical: Foram visualizadas 1(uma) veia e 2(duas) artérias; Maior Bolsão Vertical: 8,30 cm (Referência: 2 a 8 cm). Cavity Amniótica: Habitual; Parede uterina: Homogênea; Biometria fetal do exame atual corresponde à 25 semana (s) e 1 dia (s) (variação +/- 1,5 semana(s)). Idade Gestacional corrigida pela ecografia prévia 24 semana (s) e 4 dia (s). DPP: 15/06/2022
4. Às fls. 13 consta atendimento – pré natal, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde, emitida em 20/04/2022 pela Dr<sup>a</sup> Isabela Schunk Souza Bullerjhan.
5. Às fls. não numeradas consta laudo de Ultrassonografia obstétrica com doppler, emitido em 18/04/2022, evidenciando gestação de 31 semanas e 1 dia, e biometria de 32 semanas; estudo collar doppler sem alteração; polidramnia; diâmetro biparietal no percentil 90 e circunferência cefálica no percentil 98.
6. Às fls. 14 consta laudo de ultrassonografia obstétrica, emitido em 29/03/2022, evidenciando que cálculos baseados no CF indicam que o feto pode estar com aproximadamente 38.88 cm; Placenta Inserção: Tópica. Posição: Anterior. Textura: Heterogênea. Grau: '1 Espessura: 4.2 cm; Cordão umbilical: Foram visualizadas 1(uma) veia e 2(duas) artérias; índice amniótico 27 cm (referência 5 a 25 cm); Maior Bolsão Vertical: 9.20 cm (Referência: 2 a 8 cm). Cavity Amniótica: polidramnia; Parede uterina: Homogênea; Biometria fetal do exame atual corresponde à 29 semana(s) e 1 dia(s) (variação +/- 1,5 semana(s)). Idade Gestacional corrigida pela ecografia prévia 28 semana(s) e 3 dia(s). DPP: 18/06/2022
7. Às fls. 16 consta atendimento – pré natal, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde, emitida em 26/04/2022 pela Dr<sup>a</sup> Isabela Schunk Souza Bullerjhan, mostrando em 30/03/22 urocultura negativa; VDRL não reagente; HIV não reagente; HBSAG não reagente; TSH 1.16; T4 livre 1.22; TOTG 78 / 156 / 110



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

8. Às fls. não numeradas e 17 consta laudo de ultrassonografia obstétrica, emitido em 25/04/2022, evidenciando que cálculos baseados no CF indicam que o feto pode estar com aproximadamente 44.64 cm; Placenta Inserção: Tópica. Posição: Anterior. Textura: Homogênea. Grau: 0 Espessura: 3.3 cm; Cordão umbilical: habitual; índice amniótico 22 cm (referência 5 a 25 cm); Maior Bolsão Vertical: 8.20 cm (Referência: 2 a 8 cm). Cavidade Amniótica: habitual; Parede uterina: Homogênea; Biometria fetal do exame atual corresponde à 32 semana(s) e 2 dia(s) (variação +/- 1,5 semana(s)). Idade Gestacional corrigida pela ecografia prévia 28 semana(s) e 3 dia(s). DPP: 19/06/2022. Nota-se um discreto aumento das medidas do crânio, porém não há sinal de hidrocefalia ou alteração de algum ventrículo.
9. Às fls. 18 encontra-se documento informatizado trazendo informações do NERCE em relação ao item de consulta em obstetrícia, emitida em 09/12/2021, com a informação da equipe técnica da Rede Materno Infantil/GEPORAS, que relatou, que dentro da programação, os municípios têm seus hospitais pactuados para que os pacientes sejam encaminhados pela porta aberta. Descreve também que de hoje em diante o Núcleo Especial de Regulação um Consultas e Exames (NERCE) não regulará o item de agendamento consulta em obstetrícia de alto risco adulto metropolitana, cabendo a cada Município referenciar seus pacientes conforme pactuação junto a Rede Materno Infantil/GEPORAS.
10. Às fls. 19 consta e-mail com informações do NERCE em relação ao item de consulta em obstetrícia de alto risco, datado de 05/05/2022, em que se encontra relato de que todos os Municípios receberam o comunicado há alguns meses de que o NERCE não possui mais agenda para gestante de alto risco e que também foi comunicado pessoalmente ao Secretário de Saúde de Laranja da Terra.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

### DA PATOLOGIA

1. A mortalidade materna é uma das maiores chagas médico-sociais que maculam nosso país. Com uma predileção especial para acometer mulheres mais vulneráveis, o óbito materno vai além das questões ligadas ao acesso a pré-natal de qualidade, assistência ao parto seguro e cuidado puerperal apropriado, mas diz respeito também às fragilidades do planejamento familiar, em especial no risco reprodutivo, aos grandes



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

desertos sanitários desse país continental e a um eficiente sistema de referência e contra referência para atender os casos mais graves. O estupor só aumenta quando a avaliação das mortes revela a evitabilidade dos óbitos em 90%. Mulheres jovens, em idade reprodutiva, cujas vidas ceifadas impactarão para sempre o pilar de nossa sociedade, nossa célula mater – a família.

2. O polidrâmnio é definido como o excesso na quantidade de líquido amniótico, com incidência na população geral de 1% a 2%. Sua etiologia pode ser idiopática (60% dos casos) ou associada a diversas condições.
3. São consideradas causas de polidrâmnio: • Idiopático; • Anomalias que interferem na deglutição fetal; • Obstrução gastrointestinal primária (como atresia esofágica e duodenal); • Obstrução gastrointestinal secundária (como hérnia diafragmática e massas torácicas; • Malformações craniofaciais (como fenda lábio-palatina, teratoma de orofaringe e micrognatia); • Desordens musculares que impedem a deglutição fetal; • Síndromes genéticas; • Cardiopatias de alto débito fetal; • Taquicardia supraventricular; • Anemia fetal grave e hidropsia (como por aloimunização, infecção por citomegalovírus ou parvovírus, hemoglobinopatias); • Massa placentária ou fetal com shunt arteriovenoso (como no teratoma sacrococcígeo e coriongioma volumoso); • Síndrome da transfusão feto-fetal; • Diabetes melito materno e macrossomia fetal; • Hipercalcemia materna; • Procedimento de hemodiálise na gestante.
4. É suspeitado clinicamente pela altura uterina acima da curva de referência para idade gestacional. Associa-se, frequentemente, a: falta de ar, irritabilidade ou contrações uterinas, desconforto e distensão abdominal, edema nas porções inferiores do ventre, pele do abdome lisa e brilhante, e presença de estrias. O diagnóstico ultrassonográfico é baseado na visualização do aumento do volume de líquido amniótico. Se há suspeita de polidrâmnio na avaliação subjetiva, recomendamos a avaliação objetiva, por meio do ILA MBV (Tabela 3). O polidrâmnio é definido quando  $ILA \geq 24$  cm e  $MBV \geq 8$  cm.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

Tabela 3 – Classificação do polidrâmnio de acordo com o ILA e MBV

ILA (cm)	MBV (cm)	Classificação
8 a 18	3 a 8	Normal
18,1 a 25		Aumentado
25	8	Polidrâmnio
25,1 a 30	8,1 a 12	Polidrâmnio leve
30,1 a 35	12,1 a 16	Polidrâmnio moderado
>35	>16	Polidrâmnio grave

Fonte: Adaptado de FEBRASGO, 2020.

5. Entre os exames laboratoriais para avaliação das causas do polidrâmnio, podem ser incluídos: • Teste de tolerância oral à glicose de 75 g, para investigação de diabetes gestacional. • Ultrassonografia morfológica fetal de segundo trimestre para avaliação de malformações fetais e da placenta. • Ecocardiografia fetal. • Sorologias para toxoplasmose, citomegalovírus, parvovírus e sífilis. • Pesquisa de anticorpos irregulares para investigação de aloimunização. • Doppler da artéria cerebral média com avaliação do pico de velocidade sistólica máxima (>1,5 MoM) para detecção de anemia fetal. • Pesquisa de anemias hereditárias. • Amniocentese para estudo de cariótipo fetal ou PCR para infecções no líquido amniótico na dependência de achados sugestivos de aneuploidias ou infecções. • Aconselhamento genético diante da confirmação de malformação fetal ou síndrome genética.
6. O polidrâmnio idiopático, principalmente quando leve, apresenta resolução espontânea. Entretanto, pode aumentar o risco de complicações maternas e perinatais, como dificuldade respiratória materna, apresentações fetais anômalas, rotura prematura das membranas, trabalho de parto prétermo, descolamento prematuro de placenta, distocia funcional, prolapso de membros ou do cordão umbilical e atonia uterina
7. Quando a etiologia é identificada, o controle das doenças maternas e fetais pode proporcionar melhora no volume de líquido amniótico



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

## **DO TRATAMENTO**

1. A amniodrenagem visa descompressão da cavidade amniótica até normalização do seu volume. O objetivo do procedimento é melhorar o desconforto materno. É realizada sob anestesia local, com assepsia adequada e guiada por exame ultrassonográfico. A punção é realizada com agulhas de 20G ou 18G, e a utilização de frascos à vácuo ajuda no procedimento. A velocidade de esvaziamento deve ser de aproximadamente 1.000 mL a cada 20 minutos, interrompendo o procedimento com a normalização do líquido amniótico. O reacúmulo de líquido amniótico é comum e pode ser rápido. A repetição do procedimento, além das condições clínicas de desconforto materno, também dependerá da idade gestacional.
2. O uso de indometacina pode reduzir a produção de líquido amniótico e aumentar sua absorção, reduzindo seu volume. No entanto, seus efeitos colaterais são consideráveis, limitando muito o seu uso com esse objetivo.
3. Nas situações em que, após o procedimento, a gestante apresenta irritabilidade uterina ou contrações uterinas compatíveis com o diagnóstico de trabalho de parto pré-termo, está indicada a tocolise, seguindo protocolos habituais.
4. Recomenda-se acompanhamento cuidadoso do trabalho de parto com polidrâmnio, devido ao risco de descompressão brusca do volume de líquido amniótico por rotura espontânea das membranas e risco de prolapso de cordão umbilical ou de partes fetais.
5. A amniotomia deve ser feita de forma cuidadosa, com uso de agulha fina e puncionando a bolsa via vaginal em mais de um lugar para permitir a saída do líquido amniótico de forma lenta e controlada. Deve-se ter ajuda de um auxiliar para estabilizar a apresentação fetal por via abdominal.
6. O uso de prostaglandinas e ocitocina para preparo do colo uterino e indução do parto não é contraindicado, no entanto deve ser feito de forma cautelosa, em função do risco de embolia amniótica e hemorragia pós-parto.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

7. Em casos de polidrâmnio leve e moderado, pode-se esperar o parto espontâneo. Nos casos de polidrâmnio grave, o parto deve ocorrer em centro terciário e a indução, se não houver contraindicações, está indicada com 37 semanas

## **DO PLEITO**

1. **Consulta com especialista em obstetrícia – gestação de alto risco**

## **III – CONCLUSÃO**

1. Trata-se de paciente de 39 anos, não consegue agendar consulta no ambulatório de obstetrícia de alto risco. Necessita da consulta com urgência, pois é considerada gestante de alto risco. Esta consulta foi solicitada em 04/05/2022, através de e-mail, sem êxito até o momento.
2. Considerando que a Requerente tem uma gestação de alto risco, polihidramnio, a consulta em ambulatório de obstetrícia de alto risco está indicada e deve ser disponibilizada com prioridade.
3. Às fls. 18 o NERCE informa que foi comunicado aos Municípios que a responsabilidade por esse agendamento passa a ser municipal, via porta aberta (sem intermediação do Estado), conforme pactuação junto a Rede Materno Infantil/GEPORAS e que o Município de Laranja da Terra já estava ciente disso. Desta forma este Núcleo entende que cabe ao Município de Laranja da Terra providenciar o agendamento da consulta, a qual já foi solicitada administrativamente. Caso o Município não possua mais vagas dentro do que foi pactuado, deverá justificar juntamente a Secretaria de Estado da Saúde e esta de forma solidária disponibilizar a consulta para a Requerente.
4. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, é uma paciente com potencial de agravamento podendo levar a



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

óbito a criança e a mãe, além do lapso temporal, entendendo-se desta maneira que deva ter uma data definida com brevidade para a consulta com o especialista.



**REFERÊNCIAS**

MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; Brasília – DF, 2022 – Ministério da Saúde;  
Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf)