



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-
UFU
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

AMANDA FREITAS VILELA

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO
CURTO**

UBERLÂNDIA

2026

AMANDA FREITAS VILELA

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO
CURTO**

Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito à obtenção do título de especialista
Orientadora: Prof^a. Dr^a Márcia Aires Rodrigues de Freitas

UBERLÂNDIA

2026

RESUMO

A insuficiência istmocervical e o colo curto constituem condições clínicas relevantes na obstetrícia, associadas a abortos tardios e ao aumento do risco de parto prematuro, com impacto significativo na morbimortalidade neonatal. A heterogeneidade de apresentações clínicas e a sobreposição parcial entre essas entidades dificultam a padronização diagnóstica e terapêutica, favorecendo condutas inconsistentes na prática assistencial. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo elaborar um protocolo assistencial institucional para o manejo da insuficiência istmocervical e do colo curto em gestação única, fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis. Trata-se de um protocolo assistencial desenvolvido a partir da análise crítica de diretrizes internacionais e nacionais, selecionadas com base no rigor metodológico avaliado pelo instrumento AGREE II. Foram utilizadas como diretrizes base os documentos do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, da Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada e do American College of Obstetricians and Gynecologists, complementados por recomendações da International Federation of Gynecology and Obstetrics, da International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology e fluxogramas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. O protocolo propõe critérios clínicos e ultrassonográficos para inclusão e exclusão das gestantes, estabelece parâmetros diagnósticos baseados na história obstétrica, no exame físico e na mensuração do comprimento cervical por ultrassonografia transvaginal, e organiza estratégias terapêuticas individualizadas, incluindo o uso de progesterona vaginal e a indicação de cerclagem conforme diferentes cenários clínicos. Além disso, são apresentados fluxos assistenciais, critérios de mudança terapêutica, parâmetros de monitoramento e critérios de alta ou transferência, visando à aplicação prática e segura no contexto institucional. Conclui-se que a padronização do manejo da insuficiência istmocervical e do colo curto por meio de um protocolo assistencial baseado em evidências contribui para a uniformização das condutas, redução de intervenções desnecessárias e aumento da segurança materno-fetal, favorecendo a qualidade da assistência obstétrica.

Palavras-chave: incompetência do colo do útero; medida do comprimento cervical; cerclagem cervical; progesterona; trabalho de parto prematuro.

ABSTRACT

Cervical insufficiency and short cervix are clinically significant conditions in obstetrics, strongly associated with late pregnancy loss and an increased risk of preterm birth, with substantial impact on neonatal morbidity and mortality. The clinical heterogeneity of these conditions and the partial overlap between their diagnostic criteria pose challenges to standardized management and often result in inconsistent clinical practices. In this context, the present study aimed to develop an institutional clinical protocol for the management of cervical insufficiency and short cervix in singleton pregnancies, based on the best available scientific evidence. This work consists of an evidence-based clinical protocol developed through a critical appraisal of international and national clinical guidelines, selected according to methodological rigor assessed using the AGREE II instrument. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, and the American College of Obstetricians and Gynecologists guidelines were adopted as primary references, complemented by recommendations from the International Federation of Gynecology and Obstetrics, the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, and national flowcharts from the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations. The protocol establishes clear clinical and ultrasonographic inclusion and exclusion criteria, defines diagnostic parameters based on obstetric history, physical examination, and transvaginal ultrasound measurement of cervical length, and proposes individualized therapeutic strategies, including vaginal progesterone and cervical cerclage according to different clinical scenarios. In addition, structured care pathways, criteria for therapeutic modification, monitoring parameters, and criteria for discharge or referral are presented to ensure safe and consistent implementation in the institutional setting. It is concluded that the standardization of care for cervical insufficiency and short cervix through an evidence-based clinical protocol contributes to uniform clinical decision-making, reduces unnecessary interventions, and enhances maternal–fetal safety, thereby improving the overall quality of obstetric care.

Keywords: uterine cervical incompetence; cervical length measurement; cerclage, cervical; progesterone; obstetric labor, premature.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo geral	8
2.2	Objetivos específicos.....	8
3	METODOLOGIA.....	9
4	RESULTADOS	12
5	DISCUSSÃO.....	13
6	CONCLUSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS	18
	APÊNDICE A – PONTUAÇÃO POR DOMÍNIO AGREE II.....	20
	APÊNDICE B – PROTOCOLO INSTITUCIONAL – INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	22

1 INTRODUÇÃO

As perdas gestacionais tardias e o parto prematuro extremo permanecem como importantes desafios da obstetrícia moderna, sendo responsáveis por elevada morbimortalidade perinatal, desfechos adversos de curto e longo prazo, e impactos significativos sobre os sistemas de saúde (ISUOG, 2022). Entre os fatores associados a esses desfechos adversos, a insuficiência istmocervical, condição caracterizada pela incapacidade estrutural do colo uterino em manter a gestação, na ausência de trabalho de parto, infecção ou sangramento, evoluindo com dilatação cervical indolor e perda gestacional recorrente entre 12 e 28 semanas, e o achado de colo uterino curto, achado ultrassonográfico definido por comprimento cervical ≤ 25 mm, ocupam posição de destaque, uma vez que comprometem a capacidade do colo em sustentar a gestação de forma adequada ao longo do segundo trimestre, muitas vezes de maneira silenciosa e sem manifestações clínicas precoces. A distinção entre essas duas condições nem sempre é simples, exigindo integração cuidadosa entre história obstétrica, exame físico e avaliação ultrassonográfica, a fim de evitar tanto o subtratamento quanto a indicação de intervenções desnecessárias (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

Nesse contexto, a identificação precoce de gestantes com risco aumentado, associada à implementação de estratégias preventivas eficazes, como a cerclagem cervical e o uso de progesterona vaginal, mostram-se fundamentais para a redução desses desfechos atual (RCOG, 2022; SOGC, 2019; ACOG, 2014). No entanto, a ausência de protocolos assistenciais padronizados pode resultar em condutas heterogêneas, baseadas em critérios pouco uniformes, o que compromete a segurança materno-fetal e a efetividade do cuidado.

Nesse contexto, torna-se fundamental a elaboração de protocolos institucionais fundamentados nas melhores evidências científicas disponíveis e em diretrizes clínicas de elevado rigor metodológico, e adaptados para à realidade assistencial local, capazes de orientar de forma clara a avaliação, a estratificação de risco e o manejo, das gestantes com suspeita ou diagnóstico

de insuficiência istmocervical e/ou colo curto. A padronização dessas condutas contribui para a redução da variabilidade assistencial, otimização de recursos e melhoria dos desfechos obstétricos e neonatais.

Assim, este presente trabalho tem como objetivo a elaboração de um protocolo assistencial institucional para o manejo da insuficiência istmocervical e do colo uterino curto, fundamentado em evidências científicas e diretrizes nacionais e internacionais, visando à melhoria dos desfechos maternos e perinatais no âmbito do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Padronizar a avaliação diagnóstica, a estratificação de risco e o manejo clínico e cirúrgico das gestantes com suspeita ou diagnóstico de insuficiência istmocervical e/ou colo curto, com base nas melhores evidências disponíveis e em diretrizes clínicas avaliadas pelo instrumento AGREE II.

2.2 Objetivos específicos

Definir critérios clínicos e ultrassonográficos para o diagnóstico da insuficiência istmocervical e do colo uterino curto, bem como estabelecer a estratificação do risco de parto prematuro com base na história obstétrica, no exame físico e na mensuração ultrassonográfica do comprimento cervical. Além disso, padronizar as indicações de cerclagem cervical e do uso de progesterona vaginal de acordo com diferentes cenários clínicos, organizar fluxos assistenciais para a aplicação institucional do protocolo e contribuir para a uniformização das condutas e para o fortalecimento da segurança materno-fetal no âmbito do serviço.

3 METODOLOGIA

A elaboração do protocolo fundamentou-se em uma revisão da literatura, com priorização de diretrizes clínicas, consensos e recomendações de âmbito nacional e internacional, selecionados em razão de sua consistência metodológica e aplicabilidade à prática obstétrica. A identificação dos documentos mais pertinentes foi realizada por meio de busca sistemática em bases de dados eletrônicas e em sítios institucionais de sociedades científicas e entidades de referência. Foram consultadas, entre outras fontes, as bases PubMed e Cochrane Library, bem como os portais institucionais do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, American College of Obstetricians and Gynecologists, International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.

As diretrizes selecionadas foram submetidas à avaliação crítica de qualidade metodológica por meio do instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II), o qual é composto por 23 itens, organizados em seis domínios de qualidade, além de uma avaliação global da diretriz composta por dois itens. Os seis domínios são: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial. Para cada um dos itens se calcula uma pontuação de qualidade em uma escala de 7 pontos (de 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente). A pontuação de cada domínio é calculada somando-se os escores dos itens correspondentes e transformando esse valor em percentual da pontuação. A avaliação global requer que o usuário faça um julgamento sobre a qualidade da diretriz levando em conta os critérios considerados no processo de avaliação, além disso deve informar também se recomendaria ou não o uso da diretriz. (AGREE, 2009). A avaliação das diretrizes utilizadas como base para esse trabalho de conclusão de residência está disponível na tabela 1, exposta no Apêndice A.

A partir dessa avaliação, foram definidas como diretrizes base aquelas que apresentaram maior rigor metodológico e clareza na formulação das recomendações de acordo com a avaliação criteriosa dos examinadores, uma vez que o instrumento AGREE não definiu pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios para diferenciar diretrizes de alta e baixa qualidade.

Após a seleção das diretrizes, procedeu-se à extração e síntese das recomendações relevantes, organizadas de acordo com o formato institucional. Sendo que as recomendações selecionadas foram adaptadas ao contexto institucional, considerando a organização do serviço, a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos e o fluxo assistencial local.

O protocolo final foi estruturado em formato institucional, conforme o anexo 1182 - “Modelo de protocolo institucional” disponível na intranet do Hospital das Clínicas da Universidade de Uberlândia conforme apresentado na Figura 1. Sendo os tópicos obrigatórios do modelo: sumário, siglas e conceitos, objetivos, justificativas, critérios de inclusão e de exclusão, atribuições, competências, responsabilidades, história clínica e exame físico, exames diagnósticos indicados, tratamento indicado e plano terapêutico, critérios de mudança terapêutica, critérios de alta ou transferência, fluxos, monitoramento, referências, histórico de revisão.

Figura 1 - Modelo de protocolo institucional do Hospital das Clínicas da Universidade de Uberlândia

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
Título do Documento		Página 1/2	Próxima revisão:
		Emissão:	
		Versão:	

SUMÁRIO (obrigatório)

- SIGLAS E CONCEITOS** (obrigatório)
Esclarecer o leitor sobre termos relacionados aos procedimentos descritos.
- OBJETIVO (S)** (obrigatório)
Descrever o(s) objetivo(s) do protocolo.
- JUSTIFICATIVAS** (obrigatório)
- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO** (obrigatório)
- ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES** (obrigatório)
- HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO** (obrigatório)
- EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS** (obrigatório)
- TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO** (obrigatório)
- CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA** (obrigatório)
- CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA** (obrigatório)
- FLUXOS** (obrigatório)
- MONITORAMENTO** (obrigatório)
- REFERÊNCIAS** (obrigatório)
Informar documentos que serviram de referência para a elaboração do procedimento.

-:| EM ELABORAÇÃO |: -
Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
 Unidade de Gestão da Qualidade | Tel: 3229-1889 – e-mail: hc-ufu@ebserh.gov.br
 Documento de uso exclusivo nos fluxos de aprovação do Hospital de Clínicas da UFU, com assinatura de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
Título do Documento		Página 2/2	Próxima revisão:
		Emissão:	
		Versão:	

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS (Item não obrigatório)
 Listar documentos e anexos relacionados à atividade.
 Caso não existir nenhum documento relacionado, informar "Não se aplica".

Exemplo:
 Anexo 0017 - Contagem de Medicamentos

15. HISTÓRICO DE REVISÃO (obrigatório)

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão				
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		

-:| EM ELABORAÇÃO |: -
Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
 Unidade de Gestão da Qualidade | Tel: 3229-1889 – e-mail: hc-ufu@ebserh.gov.br
 Documento de uso exclusivo nos fluxos de aprovação do Hospital de Clínicas da UFU, com assinatura de valor quando impresso.

Fonte: Site intranet, Hospital das Clínicas da Universidade de Uberlândia.

O trabalho em questão não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com as normas éticas vigentes, por não envolver coleta de dados com seres humanos. Todo o conteúdo foi redigido em linguagem técnica, impessoal e padronizada, adequada à utilização em ambiente hospitalar e ambulatorial.

4 RESULTADOS

Como resultado deste trabalho, foi elaborado e estruturado um protocolo assistencial institucional para o manejo da insuficiência istmocervical e do colo curto em gestações únicas, fundamentado em diretrizes clínicas nacionais e internacionais selecionadas com base no rigor metodológico avaliado pelo instrumento AGREE II. O produto contempla recomendações atualizadas, organizadas de forma sistematizada e adaptadas à realidade assistencial do serviço, com o objetivo de padronizar a abordagem diagnóstica, a estratificação de risco e as estratégias terapêuticas aplicáveis a diferentes cenários clínicos, a fim de promover uniformização das condutas, reduzir intervenções desnecessárias e ampliar a segurança materno-fetal no manejo da insuficiência istmocervical e do colo curto. Tal protocolo está exposto no Apêndice B.

5 DISCUSSÃO

A elaboração de um protocolo assistencial institucional para o manejo da insuficiência istmocervical e do colo curto justifica-se pela elevada relevância clínica dessas condições na obstetrícia contemporânea, especialmente pela sua associação com abortos tardios e parto prematuro espontâneo, eventos que impactam diretamente a morbimortalidade neonatal e os custos assistenciais (ISUOG, 2022). A heterogeneidade das apresentações clínicas e a sobreposição parcial entre insuficiência istmocervical verdadeira e o achado ultrassonográfico de colo curto tornam a padronização diagnóstica e terapêutica um desafio, frequentemente resultando em condutas divergentes entre profissionais e serviços (ACOG, 2014). Nesse contexto, a proposta de um protocolo estruturado, baseado em diretrizes de elevado rigor metodológico e adaptado à realidade institucional, representa estratégia fundamental para reduzir a variabilidade assistencial e promover segurança materno-fetal (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

Os critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo refletem a necessidade de identificar, de forma objetiva, as gestantes que potencialmente se beneficiam de intervenções preventivas, ao mesmo tempo em que excluem situações em que tais intervenções são formalmente contraindicadas ou carecem de evidência de benefício (ROCG, 2022). A adoção de critérios clínicos e ultrassonográficos claros permite orientar a tomada de decisão de maneira uniforme, evitando tanto o subtratamento de gestantes com risco elevado quanto a indicação indiscriminada de procedimentos invasivos, como a cerclagem cervical, em cenários nos quais não há respaldo científico consistente (ISUOG, 2022; ROCG, 2022, ACOG, 2014). A exclusão rigorosa de condições como trabalho de parto ativo, infecção intra-amniótica, sangramento vaginal significativo, gestação múltipla e inviabilidade fetal reforça o compromisso do protocolo com a segurança materna e fetal.

A definição das atribuições, competências e responsabilidades da equipe assistencial constitui elemento central para a efetiva implementação do protocolo. Ao delimitar claramente o papel dos profissionais envolvidos no

cuidado, o documento favorece a organização do fluxo assistencial, a adequada comunicação entre os membros da equipe e o fortalecimento da tomada de decisão compartilhada com a gestante. O reconhecimento da necessidade de aconselhamento detalhado, registro em prontuário e obtenção de consentimento informado reforça o caráter ético e centrado na paciente, alinhado às boas práticas assistenciais e às recomendações das principais diretrizes internacionais (RCOG, 2014).

A história clínica e o exame físico permanecem como pilares fundamentais na suspeita diagnóstica da insuficiência istmocervical, especialmente em gestantes com antecedentes de perdas gestacionais no segundo trimestre associadas à dilatação cervical indolor (ACOG, 2014; FIGO 2021). A valorização desses elementos no protocolo reconhece que, embora a ultrassonografia transvaginal represente método objetivo e reprodutível para avaliação do comprimento cervical, a interpretação isolada desse achado pode ser insuficiente para caracterizar falha estrutural do colo. A integração entre história obstétrica, exame físico criterioso e avaliação ultrassonográfica permite diferenciar cenários clínicos distintos e direcionar a estratégia terapêutica mais apropriada, reduzindo o risco de intervenções desnecessárias ou tardias (ACOG, 2014).

No que se refere aos exames diagnósticos indicados, o protocolo consolida a ultrassonografia transvaginal como método de escolha para mensuração do comprimento cervical entre 14 e 24 semanas e 6 dias, em consonância com as diretrizes internacionais. A indicação criteriosa de exames laboratoriais para exclusão de infecção e a avaliação clínica da atividade uterina antes de procedimentos invasivos reforçam a necessidade de abordagem sistemática e segura, especialmente em gestantes candidatas à cerclagem cervical. Essa padronização diagnóstica contribui para maior precisão na estratificação de risco e para a adequada seleção das intervenções terapêuticas.

O tratamento indicado e o plano terapêutico propostos refletem o entendimento atual de que a prevenção do parto prematuro deve ser individualizada, considerando o perfil clínico e obstétrico de cada gestante. A

distinção entre os cenários em que a progesterona vaginal representa estratégia de primeira linha e aqueles em que a cerclagem cervical oferece maior benefício clínico é fundamental para a racionalização das condutas. O protocolo reconhece que essas intervenções não são automaticamente excludentes, podendo ser utilizadas de forma complementar em situações selecionadas, sempre respeitando as indicações formais e as contraindicações estabelecidas pelas diretrizes de maior rigor metodológico.

A definição de critérios de mudança terapêutica destaca-se como aspecto essencial do protocolo, uma vez que a evolução clínica das gestantes pode demandar reavaliação contínua da conduta inicialmente adotada. A identificação precoce de encurtamento cervical progressivo, dilatação cervical ao exame físico, rotura prematura de membranas ou instalação de trabalho de parto ativo orienta de forma objetiva a necessidade de escalonamento, modificação ou suspensão das intervenções preventivas. Essa abordagem dinâmica reforça a importância do acompanhamento estruturado e da documentação adequada das decisões clínicas.

Os critérios de alta ou transferência foram definidos com o objetivo de assegurar continuidade do cuidado e adequada utilização dos recursos assistenciais. A padronização desses critérios permite orientar a transição entre níveis de atenção, garantindo que gestantes clinicamente estáveis sejam acompanhadas em unidades de referência, enquanto situações de maior complexidade permaneçam sob cuidado especializado. O reforço das orientações quanto aos sinais de alerta e o planejamento do seguimento ambulatorial contribuem para a segurança materno-fetal após a alta hospitalar.

A construção de fluxos assistenciais e a definição de parâmetros de monitoramento clínico e ultrassonográfico representam ferramentas operacionais fundamentais para a aplicação prática do protocolo. Ao organizar de forma sequencial a avaliação, a estratificação de risco e a tomada de decisão, os fluxos reduzem a variabilidade assistencial, facilitam a adesão das equipes e promovem alinhamento entre a prática clínica e as recomendações das diretrizes que fundamentam o documento. O monitoramento contínuo permite avaliar a

efetividade das intervenções adotadas e identificar precocemente situações que demandem reavaliação imediata.

Dessa forma, a discussão dos diferentes componentes do protocolo evidencia que a padronização institucional do manejo da insuficiência istmocervical e do colo curto, baseada em evidências e adaptada ao contexto local, constitui estratégia essencial para qualificar a assistência obstétrica, reduzir desfechos adversos e promover cuidado seguro, racional e centrado na gestante.

6 CONCLUSÃO

A elaboração do protocolo assistencial institucional para o manejo da insuficiência istmocervical e do colo uterino curto permitiu a sistematização de condutas baseadas em evidências científicas e diretrizes de alta qualidade metodológica, adaptadas à realidade assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O protocolo organiza de forma clara os critérios diagnósticos, as indicações terapêuticas e os fluxos assistenciais, contribuindo para a padronização do cuidado obstétrico.

Espera-se que a implementação deste protocolo favoreça a identificação precoce das gestantes em risco, a aplicação oportuna das intervenções preventivas e a redução da variabilidade clínica, impactando positivamente os desfechos maternos e perinatais.

Além disso, o protocolo poderá servir como ferramenta de apoio à formação médica e à educação permanente das equipes multiprofissionais, bem como base para monitoramento de indicadores assistenciais e revisões periódicas. Dessa forma, consolida-se como um instrumento dinâmico, alinhado à prática baseada em evidências e à melhoria contínua da qualidade da assistência obstétrica.

Conclui-se que a implementação desse protocolo representa ferramenta relevante para qualificar a assistência obstétrica, com potencial impacto positivo na redução de desfechos adversos relacionados ao parto prematuro, podendo ser atualizado periodicamente conforme a incorporação de novas evidências científicas.

REFERÊNCIAS

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas: AGREE II**. Tradução para o português. Maio de 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Cerclage for the management of cervical insufficiency. Practice Bulletin No. 142. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 2, p. 372–379, 2014.

BERGHELLA, Vincenzo; SACCONI, Gabriele. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD007235, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD007235.pub4.

BERGHELLA, Vincenzo; SACCONI, Gabriele. Short cervix before 24 weeks: screening and management in singleton pregnancies. **UpToDate, Waltham, MA**, 2020. Disponível em: UpToDate®. Acesso em: 1 nov. 2025

BERGHELLA, Vincenzo. Transvaginal cervical cerclage. **UpToDate, Waltham, MA**, 2020. Disponível em: UpToDate®. Acesso em: 1 nov. 2025.

COUTINHO, C. M. *et al.* ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, v. 60, n. 3, p. 435–456, 2022.

ELEJE, Godfrey U.; EKE, Alex C.; IKECHEBELU, Joseph I.; et al. Cervical stitch (cerclage) in combination with other treatments for preventing spontaneous preterm birth in singleton pregnancies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD012871, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD012871.pub2.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Insuficiência ístmo-cervical (IIC): avaliação intergestacional [fluxograma]. São Paulo: **FEBRASGO**, 2023. Comissão Nacional Especializada em Gestaç o de Alto Risco.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Insuficiência ístmo-cervical (IIC): conduta na gesta o [fluxograma]. São Paulo: **FEBRASGO**, 2023. Comissão Nacional Especializada em Gesta o de Alto Risco.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Good practice recommendations on cervical cerclage for prevention of preterm birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 155, n. 1, p. 19–22, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13844.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Good practice recommendations on progestogens for prevention of preterm delivery. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 155, n. 1, p. 16–18, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13852.

SHENNAN, A. H.; STORY, L.; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS, GYNAECOLOGISTS. Cervical cerclage: Green-top guideline no. 75: Green-top guideline no. 75. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 129, n. 7, p. 1178–1210, 2022.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). Cervical insufficiency and cervical cerclage. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 41, n. 2, p. 233–247, 2019. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.08.009.

APÊNDICE A – PONTUAÇÃO POR DOMÍNIO AGREE II

Tabela 1 - Avaliação crítica das diretrizes foi realizada utilizando o instrumento AGREE II

Domínio / Pergunta AGREE II	RCOG GTG (2022)	SOGC (2019)	ACOG 142 (2014)	FIGO Good Practice (2021)	FEBRASGO Fluxogramas (2023)	ISUOG (2022)
DOMÍNIO 1 – ESCOPO E FINALIDADE	88,8%	100%	88,8%	100%	55,5%	100%
1. Objetivo(s) claramente descritos?	7/6	7/7	7/7	7/7	1/1	7/7
2. Questões de saúde claramente descritas?	6/6	7/7	6/6	7/7	6/6	7/7
3. População-alvo claramente definida?	6/7	7/7	6/6	7/7	6/6	7/7
DOMÍNIO 2 – PARTES INTERESSADAS	44%	61%	61%	66,6%	52,7%	61%
4. Grupo desenvolvedor apropriado?	6/6	6/6	6/6	7/7	6/5	6/6
5. Preferências da população consideradas?	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
6. Usuários-alvo claramente definidos?	4/4	7/7	7/7	7/7	6/6	7/7
DOMÍNIO 3 – RIGOR DO DESENVOLVIMENTO	59,3%	62,5%	67,7%	39,5%	8,33%	89,58%
7. Busca sistemática descrita?	7/7	7/7	7/7	3/3	1/1	6/6
8. Critérios de seleção descritos?	6/6	7/7	7/7	3/3	1/1	7/7
9. Forças/limitações discutidas?	1/1	5/5	6/5	3/3	1/1	6/6
10. Método p/ formular recomendações?	1/1	5/5	5/5	2/2	1/1	5/5
11. Benefícios e riscos considerados?	7/7	6/6	7/7	7/7	5/5	6/6
12. Evidência ligada à recomendação?	7/7	6/6	7/7	7/7	1/1	7/7
13. Revisão externa descrita?	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	7/7
14. Procedimento de atualização?	7/6	1/1	1/1	1/1	1/1	7/7
DOMÍNIO 4 – CLAREZA DA APRESENTAÇÃO	91,6%	88,8%	94,4%	72,2%	100%	100%
15. Recomendações claras e específicas?	7/7	6/6	6/6	5/5	7/7	7/7
16. Opções de manejo apresentadas?	6/5	6/6	7/7	6/6	7/7	7/7
17. Recomendações-chave identificáveis?	7/7	7/7	7/7	5/5	7/7	7/7
DOMÍNIO 5 – APLICABILIDADE	75%	56,2%	22,9%	25%	14,5%	81,2%
18. Barreiras/facilitadores discutidos?	6/6	3/3	4/3	4/4	1/1	6/6

19. Ferramentas de implementação?	5/5	6/7	4/4	4/4	5/4	6/6
20. Custos/recursos considerados?	5/5	1/1	1/1	1/1	1/1	5/4
21. Monitoramento/auditoria?	6/6	7/7	1/1	1/1	1/1	7/7
DOMÍNIO 6 – INDEPENDÊNCIA EDITORIAL	91,6%	25%	8,3%	50%	50%	50%
22. Financiamento sem influência?	7/7	1/1	1/1	1/1	7/7	7/7
23. Conflitos de interesse declarados?	6/6	4/4	2/2	7/7	1/1	1/1

Fonte: autoria própria.

APÊNDICE B – PROTOCOLO INSTITUCIONAL – INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 1/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

SUMÁRIO

1.	SIGLAS E CONCEITOS	3
2.	OBJETIVO (S)	3
3.	JUSTIFICATIVAS	3
4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	6
4.1	INCLUSÃO	6
4.2	EXCLUSÃO	7
5.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	7
6.	HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	8
7.	EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	10
8.	TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	11
8.1	ACHADO ULTRASSONOGRAFICO DE COLO ≤25 MM NO EXAME MORFOLÓGICO DE 2º TRIMESTRE.....	11
8.2	ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO ESPONTÂNEO ENTRE 14 E 27 SEMANAS	11
8.3	ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO ESPONTÂNEO ENTRE 28 E 36 SEMANAS	11
8.4	HISTÓRIA OBSTÉTRICA CLÁSSICA DE INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL	12
8.5	HISTÓRIA OBSTÉTRICA DUVIDOSA DE INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL OU CIRURGIA CERVICAL PRÉVIA OU MAL FORMAÇÕES UTERINA SEM COMPROVAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CERVICAL.....	12
8.6	PRESENÇA DE DILATAÇÃO CERVICAL ≤ 4 CM, NO 2º TRIMESTRE, SEM SINTOMAS DE TRABALHO DE PARTO	12
8.7	CERCLAGEM CERVICAL	12
8.7.1	TÉCNICA CIRÚRGICA	13
8.7.2	CUIDADOS PERI-OPERATÓRIOS	14
8.8	PROGESTERONA VAGINAL	14
9.	CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	15
10.	CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	16
11.	FLUXOS.....	16
12.	MONITORAMENTO	20
13.	REFERÊNCIAS	21

-:| EM ELABORAÇÃO |: -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

   HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU		
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001
		Página 2/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____
		Versão: _____

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS.....22
15. HISTÓRICO DE REVISÃO.....23

-:1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3213-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

			HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFG
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 3/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____	
		Versão: _____	

1. SIGLAS E CONCEITOS

Insuficiência istmocervical (IIC): condição caracterizada pela incapacidade estrutural do colo uterino em manter a gestação, na ausência de trabalho de parto, infecção ou sangramento, evoluindo com dilatação cervical indolor e perda gestacional recorrente entre 12 e 28 semanas. (RCOG, 2022; ACOG, 2014).

Colo curto: achado ultrassonográfico definido por comprimento cervical QS mm, medido por ultrassonografia transvaginal entre 18 e 24 semanas de gestação, podendo ou não estar associado à IIC (SOGC, 2019; RCOG, 2022).

Cerclagem cervical: procedimento cirúrgico que consiste na sutura do colo uterino com o objetivo de prevenir dilatação cervical prematura, perda gestacional precoce e parto pré-termo (RCOG, 2022).

Progesteron vaginal: tratamento farmacológico utilizado para redução do risco de parto pré-termo em gestantes com colo curto e histórico de parto prematuro anterior, na ausência de critérios clássicos de IIC (FIGO, 2021; SOGC, 2019).

2. OBJETIVO (S)

Padronizar a avaliação diagnóstica, a estratificação de risco e o manejo clínico e cirúrgico das gestantes com suspeita ou diagnóstico de insuficiência istmocervical e/ou colo curto, com base nas melhores evidências disponíveis e em diretrizes clínicas avaliadas pelo instrumento AGREE II.

3. JUSTIFICATIVAS

A insuficiência istmocervical e o colo curto configuram condições clínicas de elevada relevância na obstetrícia contemporânea, não apenas pela sua associação direta com abortos tardios e partos prematuros extremos, mas também pelo impacto significativo sobre a morbimortalidade neonatal e os custos assistenciais relacionados ao cuidado intensivo do recém-nascido prematuro. A complexidade dessas condições reside no fato de que nem toda gestante com colo curto apresenta

:-1 EM ELABORAÇÃO 1:-

documentos oficiais do HC-UFG deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.rr.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFG com ausência de valor quando impresso.

   HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU		
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001
		Página 4/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____
		Versão: _____

insuficiência cervical verdadeira, assim como nem toda história obstétrica sugestiva se traduz em alterações mensuráveis ao exame ultrassonográfico, o que exige uma abordagem diagnóstica cuidadosa, integrada e baseada em critérios clínicos bem estabelecidos. A ausência de padronização assistencial tende a gerar condutas heterogêneas, com risco tanto de intervenções desnecessárias quanto de subtratamento de gestantes que efetivamente se beneficiariam de medidas preventivas, como a cerclagem cervical ou o uso de progesterona vaginal, reforçando a necessidade de protocolos institucionais claros e fundamentados em evidências robustas (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022).

Nesse contexto, a literatura internacional tem demonstrado de forma consistente que a história obstétrica permanece como um dos pilares centrais na identificação da insuficiência istmocervical, especialmente quando há relatos de perdas gestacionais recorrentes no segundo trimestre associadas à dilatação cervical indolor, na ausência de trabalho de parto ou infecção. Ao mesmo tempo, a incorporação da ultrassonografia transvaginal para mensuração do comprimento cervical entre 18 e 24 semanas permitiu ampliar a capacidade de detecção de gestantes em risco de perdas gestacionais precoces e parto prematuro, mesmo naquelas sem história prévia sugestiva, configurando o conceito de colo curto como um marcador independente de risco. A integração desses dois eixos diagnósticos, histórico e ultrassonográfico, mostrou-se fundamental para a adequada estratificação de risco e para a definição da estratégia terapêutica mais apropriada em cada cenário clínico, evitando generalizações que não se sustentam do ponto de vista científico (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2019).

A indicação da cerclagem cervical, por sua vez, deve ser compreendida como uma intervenção cirúrgica direcionada a um grupo específico de gestantes, nas quais há evidência de benefício clínico consistente, sobretudo quando respeitados os critérios de seleção adequados. Estudos e diretrizes convergem ao demonstrar que a cerclagem por história apresenta melhores resultados quando realizada precocemente, entre o final do primeiro trimestre e o início do segundo, enquanto a cerclagem baseada em achados ultrassonográficos se mostra benéfica principalmente em gestantes com antecedente de parto prematuro espontâneo e encurtamento cervical progressivo. Já a cerclagem indicada a partir do exame físico, em situações de dilatação cervical avançada no segundo

EM ELABORAÇÃO

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 - uquali.hc-ufu@ebserh.jov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU com ausência de valor quando im-presso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001 Página 5/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMO-CERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

trimestre, configura uma estratégia de exceção, que exige criteriosa exclusão de infecção e avaliação individualizada do risco-benefício, reforçando a necessidade de que tais decisões estejam respaldadas por protocolos claros e por equipes experientes (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014).

Paralelamente, a progesterona vaginal consolidou-se como alternativa terapêutica eficaz na redução do risco de parto prematuro em gestantes com colo curto, especialmente naquelas sem critérios clássicos para cerclagem, permitindo uma abordagem menos invasiva e com perfil de segurança favorável. A distinção entre os cenários em que a progesterona isolada é suficiente e aqueles em que a cerclagem se impõe como medida prioritária é essencial para evitar tanto a medicalização excessiva quanto a omissão terapêutica. Diretrizes internacionais ressaltam que essas intervenções não devem ser encaradas como excludentes de forma automática, mas sim aplicadas de maneira racional, conforme o contexto clínico, a idade gestacional e a presença de fatores de risco associados, o que reforça a importância de um protocolo que organize essas decisões de forma sistematizada e transparente (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2021).

Além das evidências internacionais, a adaptação das recomendações ao contexto nacional é etapa indispensável para a efetiva implementação de qualquer protocolo assistencial, considerando as particularidades do sistema de saúde, a disponibilidade de recursos e a organização dos serviços obstétricos. Nesse sentido, documentos técnicos nacionais, como os fluxogramas elaborados por sociedades científicas brasileiras, desempenham papel relevante ao traduzir diretrizes internacionais para a prática cotidiana, favorecendo a adesão das equipes e a uniformização das condutas. A combinação entre diretrizes de alto rigor metodológico e instrumentos operacionais adaptados à realidade local permite construir um protocolo equilibrado, cientificamente sólido e exequível, capaz de promover cuidado obstétrico seguro, reduzir desfechos adversos e contribuir para a melhoria contínua da qualidade assistencial (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2023).

A padronização institucional do cuidado reduz variações na prática clínica, evita intervenções desnecessárias e promove segurança materno-fetal.

-:1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU devem passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 - uquali.hc-ufu@ebserh.aov.br
Documento da uso exclusivo nas áreas de assistência clínica do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor jurídico.

   		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001 Página 6/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

A inclusão e exclusão de gestantes neste protocolo assistencial seguem critérios clínicos e ultrassonográficos definidos pelas diretrizes do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, da Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada e do American College of Obstetricians and Gynecologists, selecionadas por apresentarem maior rigor metodológico segundo o instrumento AGREE 11. A aplicação destes critérios visa orientar de forma objetiva a tomada de decisão institucional quanto à indicação, contraindicação ou suspensão de intervenções específicas relacionadas à insuficiência istmocervical e ao colo curto.

4.1 Inclusão

Tabela 1- Situações clínicas elegíveis para serem incluídas no protocolo

Situação clínica identificada	O que o hospital deve fazer	Condição obrigatória
História obstétrica de IIC (,el perda gestacional no 2º trimestre associada a dilatação cervical indolor)	Incluir no protocolo e avaliar indicação de cerclagem por história , preferencialmente entre 12 e 16 semanas	Ausência de trabalho de parto, infecção ou sangramento ativo
Diagnóstico suspeito ou com fator de risco para insuficiência istmocervical, com história obstétrica não típica	Incluir no protocolo e avaliar indicação de cerclagem por história, conforme acompanhamento ultrassonográfico	Sem evidência de contrações uterinas, processo infeccioso ou sangramento vaginal ativo
Comprimento cervical :S25 mm entre 18+0 e 24+0 semanas em gestação única, por US transvaginal	Incluir no protocolo e estratificar risco para progesterona vaginal ou cerclagem ultrassonográfica , conforme protocolo	Gestação única e avaliação por ultrassonografia transvaginal adequada
Dilatação cervical ,el cm no 2º trimestre, identificada ao exame físico	Incluir no protocolo e avaliar cerclagem baseada em exame físico (resgate)	Exclusão rigorosa de infecção intra-amniótica, trabalho de parto ativo e dilatação ;:, 5 cm

Fonte: Autoria própria, elaborado a partir das diretrizes clínicas do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, da Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada e do American College of Obstetricians and Gynecologists, selecionadas por apresentarem maior rigor metodológico segundo o instrumento AGREE li (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2019; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014).

:-1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando im-presso.

   		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001 Página 7/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

4.2 Exclusão

Tabela 2 - Situações clínicas inelegíveis para serem incluídas no protocolo

Situação clínica identificada	Conduta institucional	Justificativa clínica
Gestação múltipla	Não incluir para cerclagem de rotina; seguir manejo obstétrico específico	Ausência de benefício comprovado e risco aumentado de complicações
Trabalho de parto ativo	Excluir do protocolo de IIC/colo curto	Cerclagem é contraindicada na presença de atividade uterina estabelecida
Infecção intra-amniótica ou corioamnionite	Excluir imediatamente e tratar infecção	Risco elevado de sepse materna e fetal
Sangramento vaginal significativo	Suspender avaliação para cerclagem até estabilização	Risco de agravamento do sangramento e desfechos adversos
Anomalias fetais letais	Não incluir no protocolo	Ausência de benefício fetal da intervenção
Óbito fetal	Excluir definitivamente do protocolo	Cerclagem formalmente contraindicada

Fonte: Autoria própria, elaborado a partir das diretrizes clínicas do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, da Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada e do American College of Obstetricians and Gynecologists, selecionadas por apresentarem maior rigor metodológico segundo o instrumento AGREE II (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2019; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014).

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

É atribuição, competência e responsabilidade de toda a equipe que presta assistência às gestantes atendidas no HC-UFU avaliar história obstétrica, identificar critérios clínicos de insuficiência istmocervical e de colo curto, indicar cerclagem ou tratamento conservador conforme critérios clínicos e ultrassonográficos. Assim como, informar riscos, benefícios e alternativas à cerclagem ou ao tratamento conservador, assegurando decisão compartilhada e coletar o termo de consentimento assinado.

No contexto nacional, a utilização de fluxogramas assistenciais contribui para a sistematização da avaliação clínica e do exame físico, auxiliando na padronização da conduta e na redução da variabilidade entre profissionais e serviços. A incorporação dessas ferramentas ao protocolo institucional, desde que alinhadas às diretrizes internacionais de maior rigor metodológico, favorece a aplicação consistente dos critérios

1.1 EM ELABORAÇÃO 1:-

documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando imerso.

  		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 8/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____	Próxima revisão: _____
		Versão: _____	

clínicos e ultrassonográficos, promovendo maior segurança na identificação das gestantes elegíveis para intervenções preventivas e no reconhecimento precoce de situações que contraindicam procedimentos invasivos (Mattar, 2023).

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A avaliação clínica de gestantes com suspeita de insuficiência istmo-cervical ou colo curto deve partir de uma anamnese minuciosa, orientada para a identificação de fatores obstétricos e ginecológicos que indiquem comprometimento estrutural do colo uterino. A história de perdas gestacionais no segundo trimestre, especialmente quando associadas à dilatação cervical indolor, evolução rápida e ausência de trabalho de parto ou sinais infecciosos, constitui elemento central na suspeita diagnóstica de insuficiência istmo-cervical. Antecedentes de parto prematuro espontâneo, principalmente antes de 34 semanas, bem como intervenções cervicais prévias, como conização, dilatações repetidas ou traumas obstétricos, devem ser valorizados por sua associação com maior risco de falha cervical ao longo da gestação atual (RCOG, 2022; SOGC, 2019; ACOG, 2014).

Durante a anamnese, é fundamental explorar a evolução clínica da gestação em curso, atentando-se para sintomas frequentemente inespecíficos, como sensação de pressão pélvica, aumento de secreção vaginal ou desconforto lombar, reconhecendo que a insuficiência istmo-cervical pode cursar de forma silenciosa até estágios avançados de dilatação. A investigação sistemática de sinais compatíveis com trabalho de parto ativo, incluindo contrações uterinas regulares e dolorosas, assim como manifestações sugestivas de infecção intrauterina, como febre, dor abdominal, taquicardia materna ou fetal, corrimento vaginal com odor fétido, é indispensável, uma vez que tais condições alteram de maneira decisiva a elegibilidade da gestante para intervenções preventivas como a cerclagem cervical (ACOG, 2014; RCOG, 2022).

O exame físico deve ser conduzido de forma cautelosa, priorizando inicialmente o exame especular, que permite avaliar a presença de sangramento vaginal, secreção anormal, sinais inflamatórios ou protrusão de membranas através do orifício cervical externo, sem provocar manipulação excessiva do colo. O exame vaginal digital deve ser reservado a situações em que haja indicação clínica clara de avaliação da dilatação cervical. Quando realizado, o exame deve documentar de forma objetiva a dilatação, o apagamento e a consistência do colo, bem como a presença ou ausência de membranas visíveis, reconhecendo-se o potencial risco de progressão da dilatação ou rotura prematura de membranas associado à manipulação cervical (RCOG, 2022; SOGC, 2019).

:-1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando im-presso.

 		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL		PRO.XXX.001 Página 9/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO		Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

A interpretação dos achados clínicos deve ocorrer de maneira integrada à avaliação ultrassonográfica do colo uterino, reconhecida como método de escolha para mensuração objetiva do comprimento cervical entre 16 e 24 semanas de gestação. A ultrassonografia transvaginal permite identificar precocemente o encurtamento cervical, mesmo na ausência de sintomas ou história obstétrica sugestiva, configurando o colo curto como importante marcador de risco para parto prematuro espontâneo. A literatura demonstra que a mensuração adequada do colo uterino, realizada por profissional treinado e com técnica padronizada, apresenta valor preditivo superior ao exame clínico isolado, reforçando seu papel central na estratificação de risco e na tomada de decisão terapêutica (Berghella; Saccone, 2019).

A diferenciação entre colo curto isolado e insuficiência istmo-cervical verdadeira deve considerar não apenas o valor absoluto do comprimento cervical, mas também o contexto clínico em que esse achado se insere. Gestantes com colo curto identificado ao ultrassom, sem história prévia sugestiva de falha cervical, podem se beneficiar de manejo conservador com progesterona vaginal, enquanto aquelas com antecedente de perdas tardias ou parto prematuro espontâneo apresentam maior probabilidade de benefício com intervenções cirúrgicas, como a cerclagem. A avaliação clínica criteriosa é, portanto, essencial para evitar intervenções desnecessárias em gestantes de baixo risco e, ao mesmo tempo, assegurar tratamento oportuno àquelas com maior vulnerabilidade a desfechos adversos (FIGO, 2021; SOGC, 2019).

Em situações em que a dilatação cervical é identificada ao exame físico no segundo trimestre, mesmo na ausência de sintomas relevantes, a conduta deve ser individualizada e precedida de avaliação clínica rigorosa, com exclusão de infecção e trabalho de parto. A literatura evidencia que, nesses casos selecionados, a cerclagem de resgate pode estar associada à redução do risco de parto prematuro extremo quando comparada à conduta expectante, embora o risco de complicações seja maior do que nas cerclagens realizadas de forma eletiva ou ultrassonográfica. Dessa forma, a decisão clínica deve considerar a idade gestacional, a extensão da dilatação cervical, a presença de membranas protrusas e as condições maternas e fetais no momento da avaliação (Eleje et al., 2020; RCOG, 2022).

-:1 EM ELABORAÇÃO 1:-

documentos oficiais do HC-UFU devuio paular pela Unidade de Gestão da Qualidade para hòmolo:ação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.a;ov.br
Documento da uso axclusivo nas :ira:u de abl"lin :ncia do Hos :ital de Clínicas da UFU com ausíncia de valor :uando im :reup

   		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 10/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____	
		Versão: _____	

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Tabela 3 - Exames diagnósticos no manejo da insuficiência istmocervical e do colo curto

Exame	Quando indicar	Finalidade clínica
Ultrassonografia transvaginal para medida do comprimento cervical	Entre 18+0 e 24+0 semanas em gestação	Identificar colo curto (<25 mm) e estratificar risco de parto prematuro
Ultrassonografia obstétrica para vitalidade fetal e avaliar presença de Sludgel ¹	Antes de procedimentos invasivos (ex.: cerclagem)	Confirmar vitalidade e idade gestacional
Exame especular	Na avaliação inicial e antes da cerclagem	Avaliar sangramento, secreção, sinais de infecção e protrusão de membranas
Exame vaginal digital	Na avaliação inicial, antes da cerclagem, quando suspeita de dilatação	Avaliar dilatação e apagamento do colo
Exames laboratoriais para infecção (hemograma, PCR, EAS, culturas)	Antes de procedimentos invasivos (ex.: cerclagem)	Excluir infecção antes de cerclagem
Avaliação de atividade uterina (clínica)	Em gestantes sintomáticas	Excluir trabalho de parto ativo

Fonte: Autoria própria, elaborado a partir das diretrizes clínicas do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, da Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada e do American College of Obstetricians and Gynecologists, selecionadas por apresentarem maior rigor metodológico segundo o instrumento AGREE II (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2019; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014).

Nota: (1) - Se presente realizar tratamento conforme protocolo específico antes de qualquer procedimento invasivo;

EM ELABORAÇÃO

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação no intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando imitado.

  		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001 Página 11/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento das gestantes com insuficiência istmocervical e/ou colo curto deve ser individualizado, baseado na integração entre história obstétrica, achados do exame físico e mensuração ultrassonográfica do comprimento cervical, reconhecendo que diferentes perfis clínicos apresentam riscos distintos para parto prematuro espontâneo e, conseqüentemente, demandam estratégias terapêuticas específicas. A adoção de um plano terapêutico estruturado visa reduzir a variabilidade de condutas, garantir a aplicação racional das intervenções disponíveis e maximizar os benefícios maternos e fetais, respeitando as indicações e contraindicações estabelecidas pelas diretrizes clínicas de maior rigor metodológico e pelas melhores evidências disponíveis (RCOG, 2022; SOGC, 2019; ACOG, 2014).

As intervenções terapêuticas com maior respaldo científico para prevenção do parto prematuro nesse contexto incluem a cerclagem cervical e o uso de progesterona vaginal, as quais não devem ser encaradas como estratégias concorrentes de forma automática, mas sim como abordagens complementares, indicadas conforme o perfil clínico da gestante. A escolha entre intervenção cirúrgica, tratamento farmacológico ou conduta expectante deve considerar fatores como idade gestacional, presença de sintomas, extensão do encurtamento cervical, antecedentes obstétricos e exclusão rigorosa de condições que contraindiquem procedimentos invasivos, como infecção intrauterina ou trabalho de parto ativo (FIGO, 2021; RCOG, 2022).

8.1 Achado ultrassonográfico de colo ≤ 25 mm no exame morfológico de 2 trimestre

- Progesterona vaginal (200 mg), à noite, até 36 + 6 semanas;
- Repetir exame a cada 2 semanas até 24 + 6 semanas de gestação, se colos: 10mm realizar cerclagem;

8.2 Antecedente de parto prematuro espontâneo entre 14 e 27 semanas

- Iniciar progesterona vaginal com 16 semanas de gestação;
- Realizar ultrassonografia transvaginal para medida do colo a partir de 14 semanas;
- Se colo ≤ 30 mm: repetir exame a cada 2 semanas até 24 + 6 semanas gestação;
- Se colo entre 26 e 29 mm: repetir exame a cada semana até 24 + 6 semanas;
- Se colo ≥ 25 mm: considerar cerclagem;

8.3 Antecedente de parto prematuro espontâneo entre 28 e 36 semanas

- Iniciar progesterona vaginal com 16 semanas de gestação;

EM ELABORAÇÃO

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 - uquali.hc-ufu@ebserh.jov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando imerso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL		PRO.XXX.001
			Página 12/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO		Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

- Realizar ultrassonografia transvaginal para medida do colo a partir de 16 semanas;
- Se colo <30mm: repetir exame a cada 2 semanas até 24 + 6 semanas gestação;
- Se colo entre 26 e 29 mm: repetir exame a cada semana até 24 + 6 semanas;
- Se colo >=25mm: considerar cerclagem até 24 + 6 semanas;

8.4 História obstétrica clássica de insuficiência istmocervical

- Cerclagem vaginal por história, preferencialmente entre 12 e 16 semanas ou até 24 + 6 semanas;

8.5 História obstétrica duvidosa de insuficiência istmocervical ou cirurgia cervical prévia ou malformação uterina sem comprovação de insuficiência istmocervical

- Realizar ultrassonografia transvaginal, para medida do colo, a partir de 14 semanas até 24 + 6 semanas, a cada 2 semanas;
- Se colo <25mm: considerar cerclagem até 24 + 6 semanas;

8.6 Presença de dilatação cervical > 4 cm, no 2º trimestre, sem sintomas de trabalho de parto

- Cerclagem de resgate até 24 + 6 semanas;
- Se protusão das membranas, avaliar possibilidade de retração das membranas com chumaço de gazes ou sonda de Foley;

8.7 Cerclagem cervical

A cerclagem cervical constitui intervenção cirúrgica indicada para gestantes com evidência de falha estrutural cervical, especialmente naquelas com história obstétrica clássica de insuficiência istmocervical ou com achados clínicos e ultrassonográficos que indiquem risco elevado de dilatação cervical prematura.

Independentemente da indicação, a realização da cerclagem cervical exige aconselhamento detalhado da gestante quanto aos potenciais benefícios, riscos e alternativas terapêuticas, incluindo a possibilidade de rotura prematura de membranas, infecção, sangramento, falha do procedimento e trauma cervical. A exclusão de contraindicações, como infecção intrauterina, ruptura prematura de membranas, trabalho de

-:1 EM ELABORAÇÃO 1:-

documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na IntraMT.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 - uquali.hc-ufu@ebsuh.1011.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU com assessoria da IntraMT quando necessário.

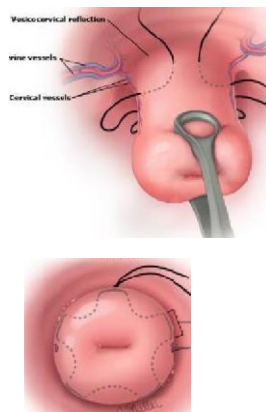
  HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU		PRO.XXX.001
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	Página 13/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

parto ativo, sangramento vaginal significativo, gestação múltipla e inviabilidade fetal, é etapa obrigatória antes da intervenção, sendo a decisão final fundamentada na avaliação clínica integrada e no consentimento informado da gestante. As mulheres devem receber essas informações de forma verbal e por escrito antes do procedimento, assim como devem assinar o termo de consentimento livre esclarecido. (ACOG, 2014; RCOG, 2022).

8.7.1 Técnica cirúrgica

- Preferencialmente, realizar cerclagem de McDonald;
- Fio cirúrgico não absorvível, de preferência com fio Ethibond nº2 ou Prolene nº2;
- Realizar sutura contínua em sentido anti-horário, iniciando na superfície anterior do colo uterino;

Figura 1- Cerclagem pela técnica de McDonald



Fonte - BERGHELIA, Vincenzo, (2020).

-:1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU devem passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 - uquali.hc-ufu@ebserh.aov.br
Documento de uso exclusivo nas atividades de assistência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor jurídico.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFG
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001 Página 14/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMO-CERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

8.7.2 Cuidados peri-operatórios

- Devido aos dados limitados sobre profilaxia com antibióticos e o uso de tocolíticos, os padrões de prática variam e podem incluir o uso de um ou ambos os medicamentos. Dessa forma, optamos por fazer ambas as profilaxias, sendo antibioticoprofilaxia: Cefazolina 2g e tocolise com Nifedipino 20 mg (comprimido simples), por via oral, na primeira hora e, como manutenção, 20 mg, por via oral, a cada 8 horas, durante 24 horas; (FEBRASGO, 2023;2025);
- Realizar Ultrassonografia obstétrica após o procedimento para documentar a vitalidade fetal;
- Uso de progesterona, 200 mg via vaginal, à noite, manter no pós-operatório em pacientes que já fazem uso do medicamento até 36 + 6 semanas;
- Orientar abstinência sexual e atividade física por no mínimo 2 semanas;
- Desencorajar repouso absoluto;
- Agendar retorno ambulatorial entre 2 e 3 semanas;

8.8 Progesterona vaginal

A progesterona vaginal representa estratégia terapêutica eficaz e menos invasiva para a prevenção do parto prematuro em gestantes com colo curto identificado por ultrassonografia transvaginal, especialmente naquelas sem história obstétrica clássica de insuficiência istmo-cervical ou sem indicação formal de cerclagem. O uso da progesterona vaginal está associado à redução do risco de parto prematuro espontâneo e de desfechos neonatais adversos em gestação única, quando iniciada entre 16 e 24 semanas, após identificação de comprimento cervical reduzido (QS mm), reforçando seu papel como opção terapêutica de primeira linha em cenários específicos (Berghella; Saccone, 2019; FIGO, 2021).

A escolha pela progesterona vaginal deve considerar o perfil clínico da gestante, reconhecendo que sua eficácia é maior em mulheres sem antecedentes de perdas tardias recorrentes ou parto prematuro espontâneo associado à falha estrutural cervical. Nesses casos, a progesterona atua como moduladora do risco de prematuridade, sem a necessidade de intervenção cirúrgica, contribuindo para redução de eventos adversos relacionados a procedimentos invasivos para maior aceitabilidade por parte das gestantes (SOGC, 2019; ACOG, 2014), sendo a dose mais recomendada a de 200 mg, via vaginal, à noite até completar 36 + 6 semanas.

A progesterona vaginal não substitui a cerclagem nos casos em que esta se encontra formalmente indicada, mas pode ser utilizada em conjunto em pacientes que foram submetidas ao procedimento cirúrgico em casos selecionados (UpToDate, 2020).

-: EM ELABORAÇÃO 1:-

documentos oficiais do HC-UFG devido pausar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.aov.br
Documento de uso exclusivo nas atividades de assistência do Hospital de Clínicas da UFG, com ausência de valor jurídico.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFG
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001 Página 15/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMO-CERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____ Versão: _____

O acompanhamento clínico e ultrassonográfico deve ser mantido durante o uso da progesterona, com reavaliação periódica do comprimento cervical e dos sinais clínicos maternos e fetais (RCOG, 2022; FIGO, 2021).

9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A definição de critérios objetivos para mudança terapêutica é etapa essencial no manejo das gestantes com insuficiência istmo-cervical e colo curto, considerando que a evolução clínica pode variar ao longo da gestação e que intervenções preventivas, como a cerclagem cervical ou o uso de progesterona vaginal, apresentam indicações e limites bem estabelecidos. A reavaliação periódica permite identificar precocemente situações de progressão da falha cervical, surgimento de contraindicações ou ocorrência de complicações maternas e fetais, orientando a necessidade de manutenção, escalonamento ou suspensão da conduta inicialmente adotada. Assim, os critérios a seguir visam padronizar a tomada de decisão institucional, reduzindo a variabilidade assistencial e assegurando que as mudanças terapêuticas ocorram de forma fundamentada e segura, conforme as diretrizes clínicas vigentes (RCOG, 2022; SOGC, 2019; ACOG, 2014).

- Redução progressiva do comprimento cervical apesar de progesterona vaginal, avaliar conforme exposto no fluxograma;
- Identificação de dilatação cervical ao exame físico em gestante previamente em acompanhamento conservador, avaliar elegibilidade para cerclagem de resgate;
- Rotura prematura de membranas, realizar retirada da cerclagem imediatamente ou em até 48 horas, devido ao tempo para realização de corticoterapia;
- Se trabalho de parto ativo, realizar retirada de cerclagem o mais breve possível;
- Realizar retirada da cerclagem de forma eletiva ao atingir 37 semanas;

A aplicação sistemática desses critérios de mudança terapêutica deve ser realizada de forma integrada à avaliação clínica contínua da gestante, respeitando a individualidade de cada caso e a idade gestacional no momento da reavaliação. A presença de qualquer critério de suspensão ou escalonamento da conduta deve ser prontamente registrada em prontuário, com justificativa clínica clara e, sempre que necessário, discutida com profissional experiente no manejo de gestação de alto risco. O seguimento estruturado, aliado à adesão aos critérios aqui estabelecidos, contribui para a segurança materno-fetal, evita intervenções inadequadas e garante coerência entre a prática assistencial e as recomendações das diretrizes base que fundamentam este protocolo (RCOG, 2022; FIGO, 2021; SOGC, 2019).

-:1 EM ELABORAÇÃO 1:-

documentos oficiais do HC-UFG devuio paular pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.ufu.br

Documento da uso exclusivo nas áreas de assistência clínica do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor jurídico.

  		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 16/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____	
		Versão: _____	

10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

A definição de critérios claros para alta hospitalar ou transferência de gestantes em acompanhamento por insuficiência istmocervical ou colo curto é fundamental para garantir a continuidade do cuidado, a segurança materno-fetal e a adequada utilização dos recursos assistenciais.

A decisão de alta deve ser tomada de forma individualizada, considerando a condição clínica da gestante, a idade gestacional e a capacidade resolutive do serviço onde se encontra. Todas as decisões devem ser devidamente registradas em prontuário, com descrição clara dos critérios clínicos que fundamentaram a conduta adotada e das orientações fornecidas à gestante. O seguimento ambulatorial deve ser planejado de maneira estruturada, com reforço das orientações quanto aos sinais de alerta que exigem reavaliação imediata, garantindo continuidade do cuidado e alinhamento com as recomendações das diretrizes clínicas que embasam este protocolo (RCOG, 2022; FIGO, 2021; FEBRASGO, 2023).

As pacientes apenas recebem alta hospitalar após o procedimento se verificado estabilidade clínica, vitalidade fetal preservada, ausência de contrações, sangramento, sinais infecciosos ou rotura de membranas. Sendo que, dentro de 2 a 3 semanas, a paciente deve ter consulta agendada no ambulatório do nosso serviço para uma primeira consulta e avaliação da possibilidade de acompanhamento na unidade de referência.

Gestante com colo curto sem critérios para intervenção invasiva, mas com critério para acompanhamento devem ser encaminhadas para o acompanhamento nas unidades de referência e agendamento de exames complementares conforme o protocolo municipal.

11. FLUXOS

Os fluxos assistenciais descritos a seguir têm como objetivo organizar de forma sequencial e padronizada a avaliação, estratificação de risco e definição da conduta terapêutica nas gestantes com suspeita ou diagnóstico de insuficiência istmo-cervical e/ou colo curto. A construção desses fluxos baseia-se na integração entre história clínica, exame físico e avaliação ultrassonográfica do comprimento cervical, permitindo orientar a tomada de decisão clínica desde o primeiro atendimento até o seguimento ambulatorial ou a necessidade de intervenção especializada. A adoção de fluxos claros contribui para reduzir a variabilidade assistencial, facilitar a aplicação do protocolo no cotidiano do serviço e assegurar alinhamento

:-1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

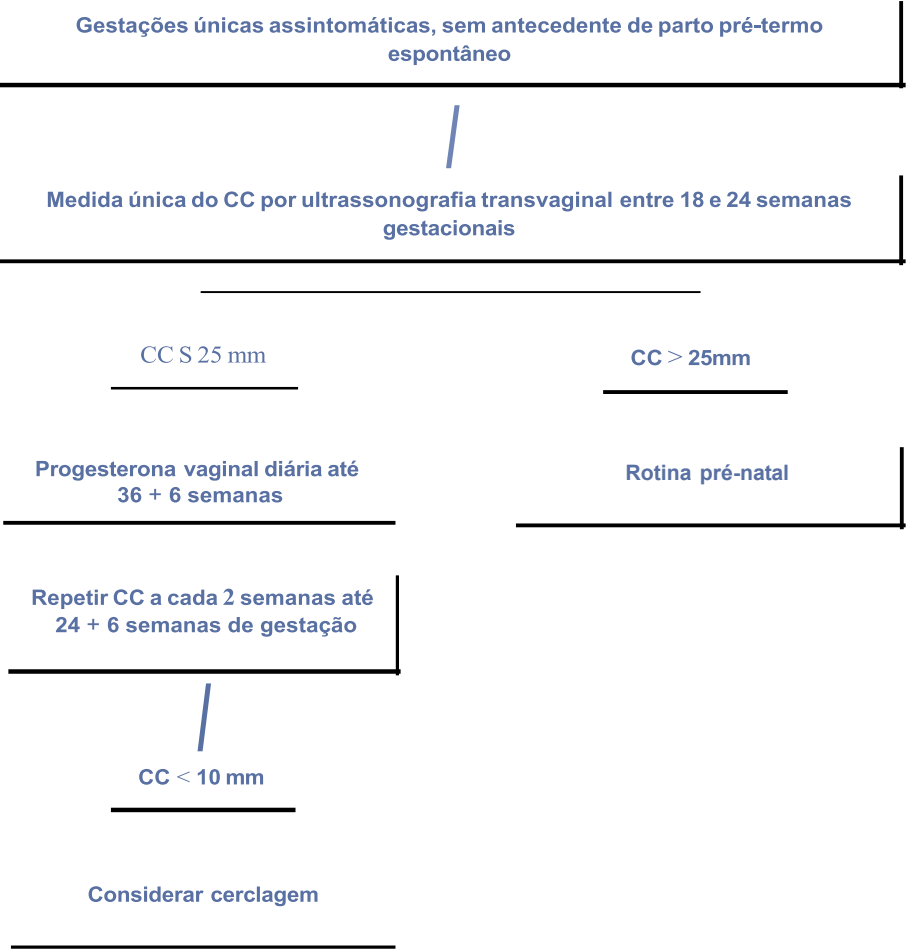
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando im-presso.

sus+E EBSERH UFU		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 17/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____	
		Versão: _____	

com as recomendações das diretrizes clínicas que fundamentam este documento (RCOG, 2022; SOGC, 2019; ACOG, 2014).

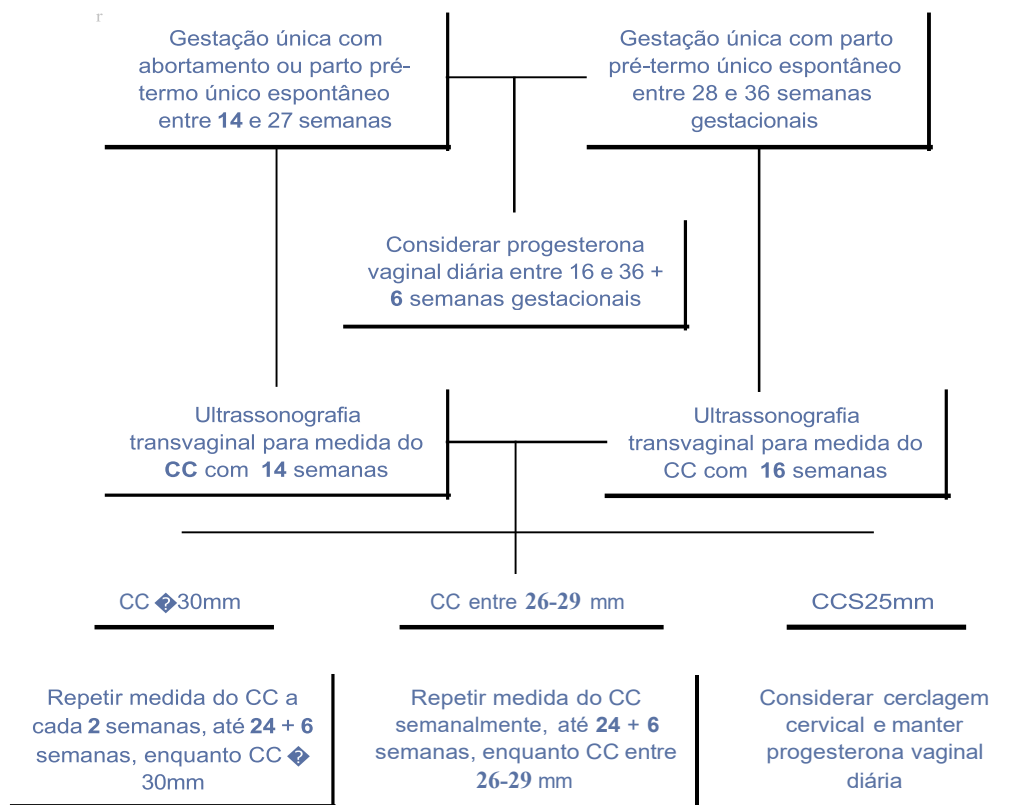
Figura 2 - Fluxo assistencial para acompanhamento do comprimento cervical por ultrassonografia transvaginal para gravidez única sem histórico de parto prematuro anterior.



Fonte - Elaboração própria, baseada e adaptada de ISUOG, 2022.

  		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 18/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____	
		Versão: _____	

Figura 3 - Fluxo assistencial para acompanhamento do comprimento cervical por ultrassonografia transvaginal para gravidez única com histórico de aborto espontâneo único no segundo trimestre o parto prematuro.



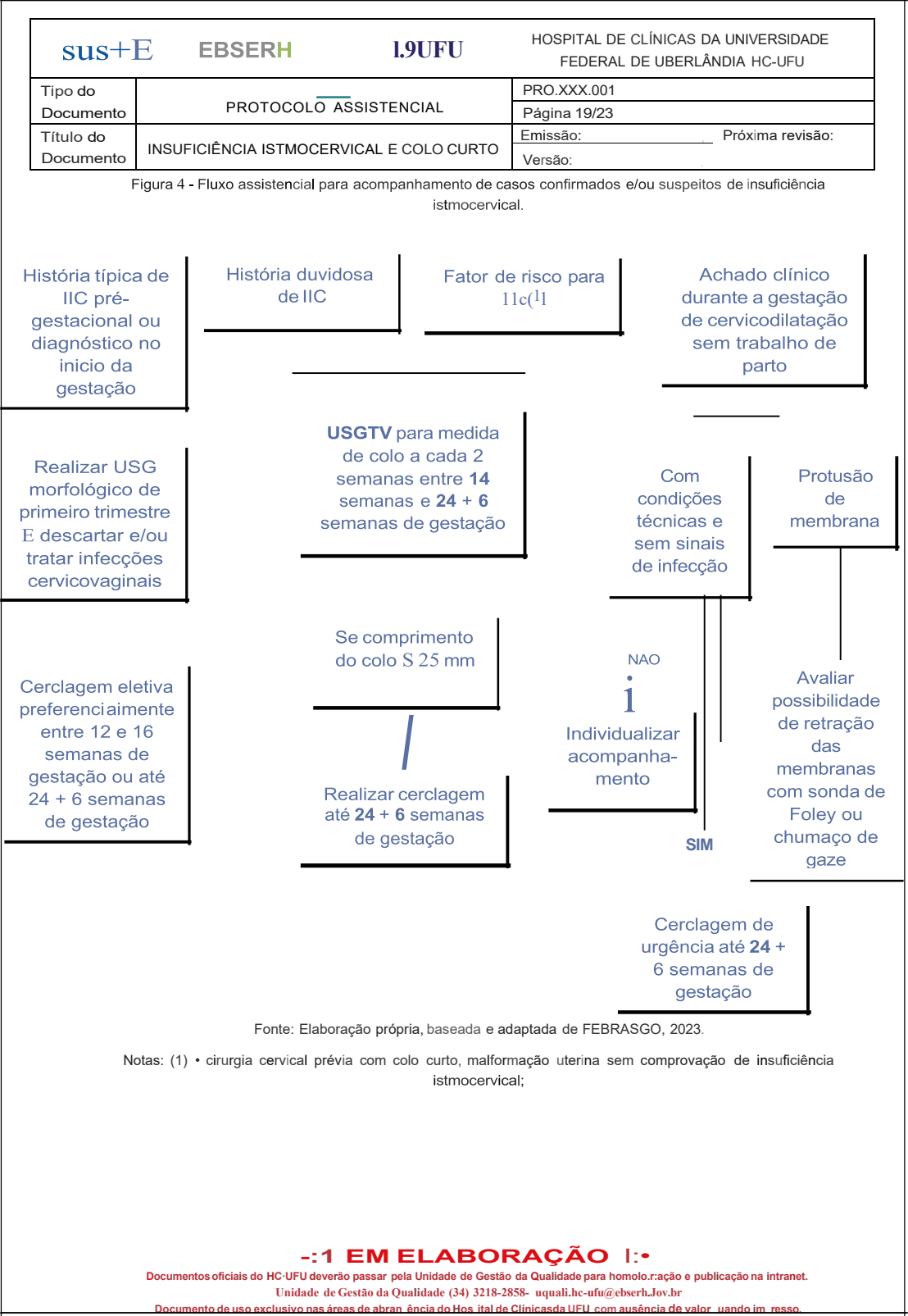
Fonte - Elaboração própria, baseada e adaptada de ISUOG, 2022.

1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando im-presso.



  		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001
		Página 20/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____
		Versão: _____

12. MONITORAMENTO

O monitoramento das gestantes incluídas no protocolo de insuficiência istmocervical e colo curto constitui etapa fundamental para a detecção precoce de progressão da falha cervical, surgimento de complicações maternas ou fetais e necessidade de modificação da conduta terapêutica. Considerando que tanto a cerclagem cervical quanto o tratamento com progesterona vaginal não eliminam completamente o risco de parto prematuro, o seguimento clínico estruturado permite avaliar a efetividade da intervenção adotada e identificar oportunamente situações que demandem reavaliação imediata. O monitoramento deve ser contínuo, proporcional ao risco identificado e alinhado às recomendações das diretrizes clínicas que fundamentam este protocolo, garantindo segurança materno-fetal e coerência assistencial (RCOG, 2022; SOGC, 2019; ACOG, 2014).

Tabela 4 - Parâmetros de monitoramento clínico e ultrassonográfico

Parâmetro a ser monitorado	Quando monitorar	Finalidade do monitoramento	Conduta frente a alteração
Sintomas maternos (contrações, dor pélvica, pressão vaginal)	Em todas as consultas e sempre que houver queixa	Identificar sinais precoces de trabalho de parto	Reavaliar imediatamente; excluir trabalho de parto ativo
Sinais infecciosos (febre, corrimento fétido, dor abdominal)	Avaliação clínica periódica e sob demanda	Detectar infecção intra-amniótica	Suspender intervenções preventivas e instituir tratamento específico
Sangramento vaginal	Avaliação clínica contínua	Identificar complicações associadas à cerclagem ou à evolução gestacional	Avaliação imediata e possível suspensão da conduta
Comprimento cervical por ultrassonografia transvaginal	Conforme risco clínico, entre 14/16-24 +6 semanas	Avaliar progressão do encurtamento cervical	Reavaliar conduta terapêutica

EM ELABORAÇÃO

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 - uquali.hc-ufu@ebserh.jov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando imerso.

  		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 21/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____	
		Versão: _____	

conforme critérios
estabelecidos

Integridade das
membranas ovulares

Avaliação clínica

Detectar rotura prematura de
membranas

Avaliar remoção de
cerclagem e seguir
protocolo
específico

Vitalidade fetal

Antes e após
procedimentos e
durante o seguimento

Assegurar bem-estar fetal

Conduta conforme
protocolos
obstétricos
vigentes

Adesão ao tratamento
com progesterona vaginal

Seguimento
ambulatorial

Avaliar efetividade e
continuidade do tratamento

Reforçar
orientações ou
reavaliar estratégia
terapêutica

Fonte: Elaboração própria com base nas diretrizes clínicas do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2022), da Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2019) e do American College of Obstetricians and Gynaecologists (2014), com apoio de revisões sistemáticas da Cochrane (Berghella; Saccone, 2019), recomendações da FIGO (2021) e fluxogramas da FEBRASGO (Mattar, 2023).

13. REFERÊNCIAS

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas: AGREE li. Tradução para o português. Maio de 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Cerclage for the management of cervical insufficiency. Practice Bulletin No. 142. Obstetrics & Gynecology, v. 123, n. 2, p. 372-379, 2014.

BERGHELLA, Vincenzo; SACCONI, Gabriele. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 9, CD007235, 2019. D01: 10.1002/14651858.CD007235.pub4.

BERGHELLA, Vincenzo; SACCONI, Gabriele. *Short cervix before 24 weeks: screening and management in singleton pregnancies*. UpToDate, Waltham, MA, 2020. Disponível em: UpToDate®. Acesso em: 1 nov. 2025

BERGHELLA, Vincenzo. *Transvaginal cervical cerclage*. UpToDate, Waltham, MA, 2020. Disponível em: UpToDate®. Acesso em: 1 nov. 2025.

:-1 EM ELABORAÇÃO 1:-

documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação no intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando imerso.

  		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 22/23	
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____ Próxima revisão: _____	
		Versão: _____	

ELEJE, Godfrey U.; EKE, Alex C.; IKECHEBELU, Joseph I.; et al. Cervical stitch (cerclage) in combination with other treatments for preventing spontaneous preterm birth in singleton pregnancies. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 9, CD012871, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD012871.pub2.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Insuficiência ístmo-cervical (IIC): avaliação intergestacional [fluxograma]. São Paulo: FEBRASGO, 2023. Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Insuficiência ístmo-cervical (IIC): conduta na gestação [fluxograma]. São Paulo: FEBRASGO, 2023. Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Good practice recommendations on cervical cerclage for prevention of preterm birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 155, n. 1, p. 19-22, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13844.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Good practice recommendations on progestogens for prevention of preterm delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 155, n. 1, p. 16-18, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13852.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Cervical cerclage. Green-top Guideline No. 75. London: RCOG, 2022. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk>. Acesso em: 1 de novembro de 2025.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). Cervical insufficiency and cervical cerclage. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 41, n. 2, p. 233-247, 2019. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.08.009.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

:-1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 - uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando imerso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	Página 23/23
Título do Documento	INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL E COLO CURTO	Emissão: _____	Próxima revisão: _____
		Versão: _____	

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

N!! versão	Data	Descrição das alterações
DO	00/00/0000	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão	Amanda Freitas Vilela /Márcia Aires Rodrigues de Freitas	Médica residente / médica obstetra		
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		

:-1 EM ELABORAÇÃO 1:-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858- uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo dos funcionários do Hospital de Clínicas da UFU e os usuários de acesso, sendo im-possível a sua utilização por terceiros.