

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

PROTOCOLO DE PACTUAÇÃO TÉCNICA

Rotinas e padronizações são importantes desde que possam fornecer as informações necessárias para cada nível de decisão, facilitando a tomada de decisões. Da mesma forma, protocolos só atingem seus objetivos se forem adequados às condições e necessidades específicas de cada serviço.

Estas recomendações são fruto do trabalho integrado de profissionais motivados em aprimorar a qualidade da assistência prestada pela rede pública e que enfrentam diariamente os desafios inerentes a tais objetivos.

Os temas incluídos neste trabalho foram selecionados a partir da observação prévia das maiores demandas verificadas no atendimento nas unidades básicas de saúde e visa fornecer ao profissional em ação nestes locais informações e recomendações que possam ampliar sua capacitação para resolução de problemas. Organizar e aprimorar o atendimento destes problemas certamente implicará em ganho de qualidade em termos técnicos e em melhor racionalização nos encaminhamentos.

O fato de ser este trabalho o resultado do esforço coletivo de profissionais que atuam em níveis diversos da rede assistencial, com realidades específicas, é uma característica importante que pode facilitar a implantação deste protocolo na prática diária.

- AUTORES

- Antonio Julio Sales Barbosa
- Médico Tocoginecologista
- Supervisor Técnico de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Vila Penteadado.

- Cecília Guimarães Rodrigues
- Médica Tocoginecologista.
- Aconselhadora do CTA Pirituba.

- João Batista Lemos Maia
- Enfermeiro Obstétrico da UBS Jardim Guarani.(Coordenadoria de Vila Brasilândia/Freguesia do Ó)

- Julio Mayer de Castro Filho
- Médico Tocoginecologista. CODEPPS – SMS – AT SAÚDE DA MULHER

- Kasue Suely Sugahara
- Médica Tocoginecologista da UBS Jardim Peri.

- Laura Maria Bernice Torres
- Médica Tocoginecologista
- Pré-natal de Alto risco do Complexo Hospitalar do Mandaqui.

- Leopoldo de Oliveira Tso
- Médico Tocoginecologista da UBS Vila Dionísia.

- Leonice Castro Pompeu
- Médica Tocoginecologista.
- Coordenadora Técnica da Maternidade do Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria (Pirituba)

- Luiz Antonio Grimaldi Cyrino
- Médico Tocoginecologista da UBS Chácara Inglesa, Pirituba.

- Mauro Aparecido Marinho
- Médico Tocoginecologista.
- Assessor de Saúde da Mulher da Supervisão de Saúde Casa Verde/Cachoeirinha/Limão.

- Nelson Sass
- Médico Tocoginecologista.
- Coordenador Técnico Científico e Chefe de Clínica Obstétrica da Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

- Patrícia Gonçalves de Almeida
- Médica Tocoginecologista.
- Coordenadora Técnica do Hospital Geral Kátia de Souza Rodrigues (Taipas).

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PROTOCOLO DE PACTUAÇÃO TÉCNICA

ÍNDICE

4. DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO.
5. GESTAÇÃO PROLONGADA.
6. PRÉ-ECLÂMPSIA
7. HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA.
8. GESTAÇÃO EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS
9. TOXOPLASMOSE
10. HEPATITES
11. GESTANTES RH NEGATIVO..
12. INSUFICIÊNCIA ISTMO-CERVICAL.
13. DOENÇAS DA TIREÓIDE
14. GESTAÇÃO MÚLTIPLA
15. NOTAS TÉCNICAS

DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

VALORES DE REFERÊNCIA (recomendados pela OMS, 1998)

GLICEMIA DE JEJUM

NORMAL: menor que 90,0 mg/dl
SUSPEITO: 90 a 125 mg/dl
DIABETE: maior que 125,0 mg/dl

GTT 75 g
 2 horas após ingestão
 de 75 g de glicose

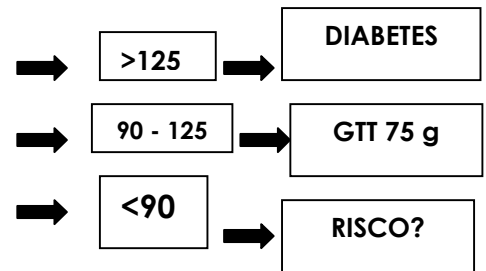
NORMAL: até 139,0 mg/dl
DIABETE: 140,0 ou mais

**ENCAMINHAR PARA
 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
 O MAIS PRECOCE POSSÍVEL**

- Diagnóstico pré-gestacional
 - Glicemia de jejum > 125
 - Glicemia 2 horas após 75 g de glicose > 140

**RASTREAMENTO PARA TODAS
 AS GESTANTES
 NA PRIMEIRA CONSULTA
 Idade gestacional inferior a 20 sem**

GLICEMIA DE
 JEJUM



**GESTANTES COM
 RISCO
 dois ou mais fatores
 PRESENTES**

- Idade maior que 35 anos
- Obesidade (> 75 kg na primeira consulta)
- Antecedentes de dm em pais e/ou irmãos.
- Antecedente obstétrico de macrossomia (>4000 kg), polihidrânio, malformações, natimorto ou óbito neonatal sem causa
- Antecedente de diabetes gestacional.
- Portadora de hipertensão arterial crônica
- Se no decorrer da gestação apresentar macrossomia, polihidrânio ou malformação.

+

-

GTT 75 g

Glicemia de jejum
 24 e 28 sem.

RASTREAMENTO COM 24 A 28 SEMANAS

RISCO

+

GTT 75 g

-

GLICEMIA DE JEJUM

<90

ENCERRA O
 RASTREAMENTO

90 - 125

GTT 75 g

>125

UNIDADE DE
 RISCO

OBSERVAÇÕES

- Estas recomendações se aplicam para gestantes que iniciam o pré-natal com idade gestacional inferior a 22 semanas.
- Quando o início do pré-natal ocorre em idade gestacional maior que 22 semanas, utilizar o rastreamento sugerido para 24 - 28 semanas.

GESTAÇÃO PROLONGADA

Estima-se que cerca de 4% das gestações apresentem complicações relacionadas à pós-maturidade, sendo que se observa tendência destas taxas serem superdimensionadas em vista das dificuldades de se precisar a idade gestacional.

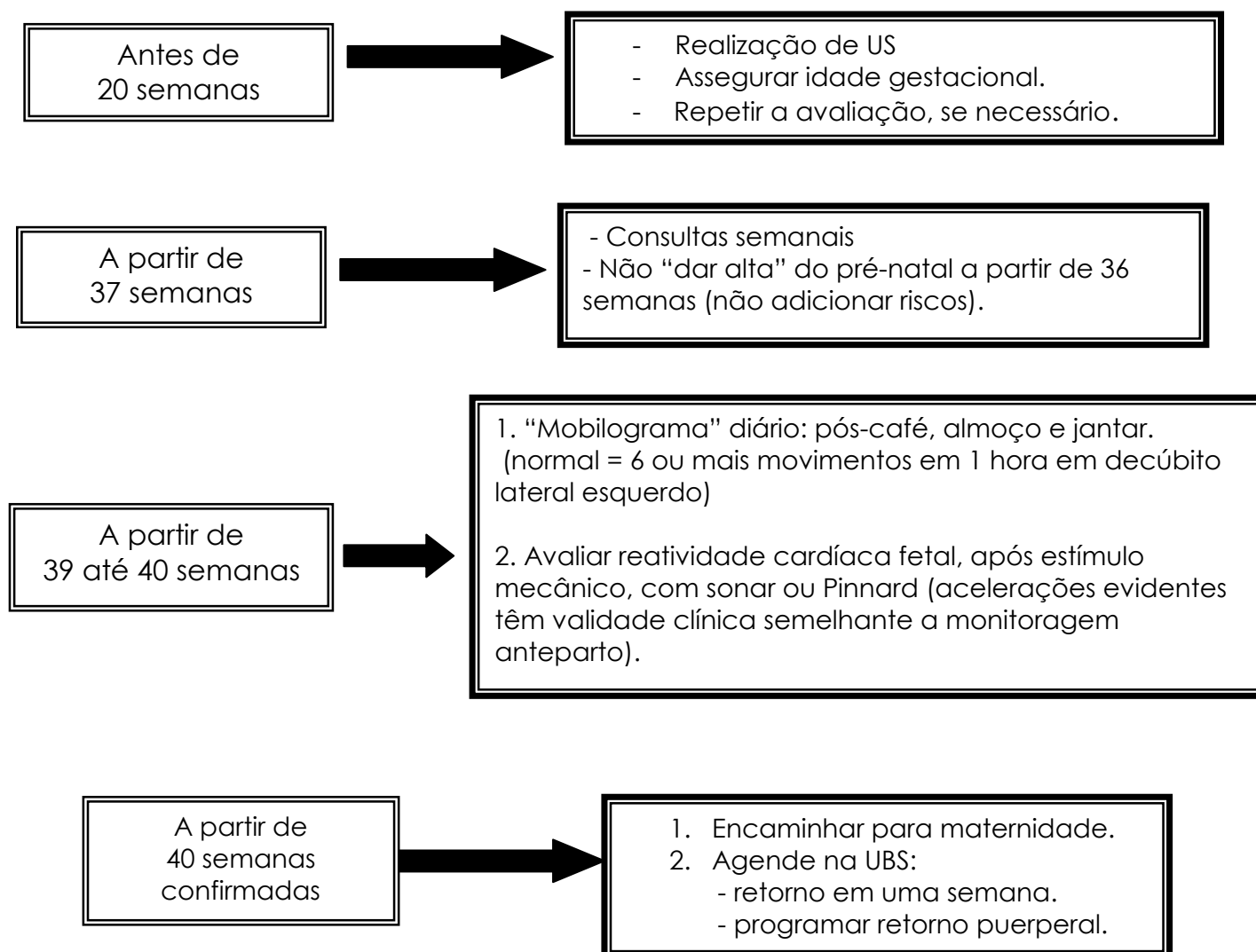
Revisão sistemática (nível I de evidência) conclui que a indução do parto após 41 semanas de gestação parece reduzir a mortalidade perinatal, porém existe a necessidade de 500 induções para prevenir 1 óbito perinatal. Os riscos são ilustrados no quadro abaixo:

MORTALIDADE PERINATAL EM GESTAÇÕES COM 40 41 E 42 SEMANAS.

Fonte: *Cunningham et al, 2001.*

	Idade gestacional (semanas)		
	40	41	42
Nº de gestações	31034	17122	11441
Mecônio (%)	21	25	23
Cesáreas (%)	6	9	13
Óbito perinatal (por mil)	1,7	1,8	2,2

RASTREAMENTO/ PREVENÇÃO



PRÉ-ECLÂMPSIA

DEFINIÇÕES:

HIPERTENSÃO GESTACIONAL: Elevação da pressão arterial (PA>140X90), após a 20ª semana de gestação em pacientes sem história prévia de hipertensão arterial.

PRÉ-ECLÂMPSIA: Hipertensão gestacional associada a proteinúria significativa (+ em fita ou 1,0 g em amostra isolada ou 300,0 mg em urina de 24 horas)

GESTANTES
COM
RISCO
DIFERENCIADO

- PRIMIGESTAS
- PRIMIPATERNIDADE
- HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA
- OBESIDADE
- GESTAÇÃO GEMELAR
- ANTECEDENTES DE PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE OU ECLÂMPSIA OU HELLP
- AUSÊNCIA DE REDUÇÃO DA PA NO SEGUNDO TRIMESTRE

CRITÉRIOS
DIAGNÓSTICOS

CERTOS:

- PROTEINÚRIA significativa

SUSPEITOS

- ELEVAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM RELAÇÃO ÀS ÚLTIMAS CONSULTAS
- INSTALAÇÃO DE EDEMA E/OU GANHO PONDERAL EXCESSIVO (+ DE 1.000G) EM RELAÇÃO À ÚLTIMA CONSULTA

PRÉ-ECLÂMPSIA

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO
PARA PRONTO SOCORRO

HIPERTENSÃO
GESTACIONAL

- REDUZIR INTERVALO ENTRE CONSULTAS (máximo 7 DIAS).
- ALERTAR SOBRE SINTOMAS RELACIONADOS À HIPERTENSÃO C CEFALÉIA, DISTÚRBIOS VISUAIS OU DOR EPIGÁSTRICA.
- PESQUISAR PROTEINÚRIA EM TODAS AS CONSULTAS.

PROTEINÚRIA
POSITIVA?

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO
PARA PRONTO SOCORRO

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

DEFINIÇÕES

HAC: **Hipertensão arterial prévia a gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas**

HAC LEVE	90<PAD<100 mmHg
HAC MODERADA	100<PAD<110 mmHg
HAC GRAVE	PAD igual ou maior que 110 mmHg

PROGNÓSTICO

- A mortalidade e morbidade materna e perinatal é proporcional ao nível inicial da PAD.
- De modo geral HAC leve e moderada têm desempenho semelhante à população geral

ENCAMINHAR DE IMEDIATO PARA UNIDADE DE RISCO QUANDO:

- **PAD maior ou igual a 110 mmHg.**
- **Antecedentes obstétricos com presença de: prematuridade, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta, internações por emergência hipertensiva e/ou eclâmpsia, morte perinatal.**

SEGUIMENTO PRÉ-NATAL NAS UBS PARA PACIENTES HIPERTENSAS LEVES OU MODERADAS RECOMENDAÇÕES:

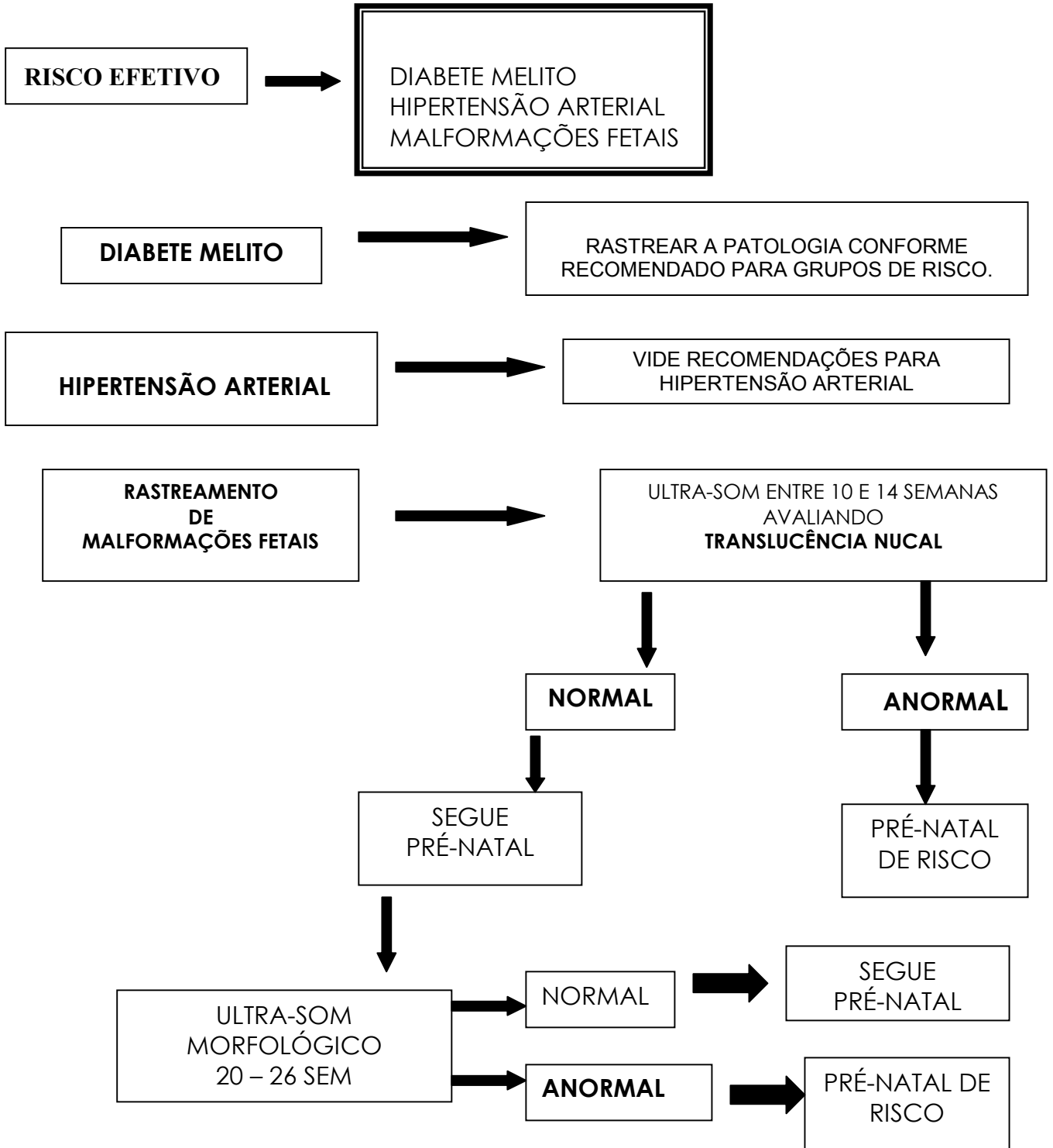
- Corrigir eventuais excessos de sal na dieta (não há benefícios na dieta hipossódica)
- **Ministrar metildopa 750 mg/dia (dose máxima 2,0 g/dia), com intervalos de 6 a 8 horas entre as tomadas (não prescrever doses inferiores a 750 mg ou intervalos maiores que 8 horas)**
- **Se necessário adicionar 25 a 50 mg/dia de hidroclortiazida.**
- **O objetivo do controle clínico é PAD < 100 mmHg.**
- **Além dos exames de rotina avaliar creatinina plasmática (se > 1,2 mg/dl, encaminhar)**
- **Solicitar ultra-som mais precoce possível para confirmação da idade gestacional.**
- **Observar crescimento fetal pela altura uterina e por ultra-som entre 28 e 32 semanas.**
- **A partir de 36 semanas avaliar movimentação (mobilograma OK = 6 movimentos a cada hora)**
- **Em todas consultas avaliar resposta cardíaca fetal ao estímulo mecânico (acelerações evidentes em 10 minutos de avaliação têm a mesma validade que as acelerações registradas na cardiotocografia).**
- **Encaminhar para unidade de risco após 38 semanas ou diante de alguma suspeita clínica.**

CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA SOBREPOSIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

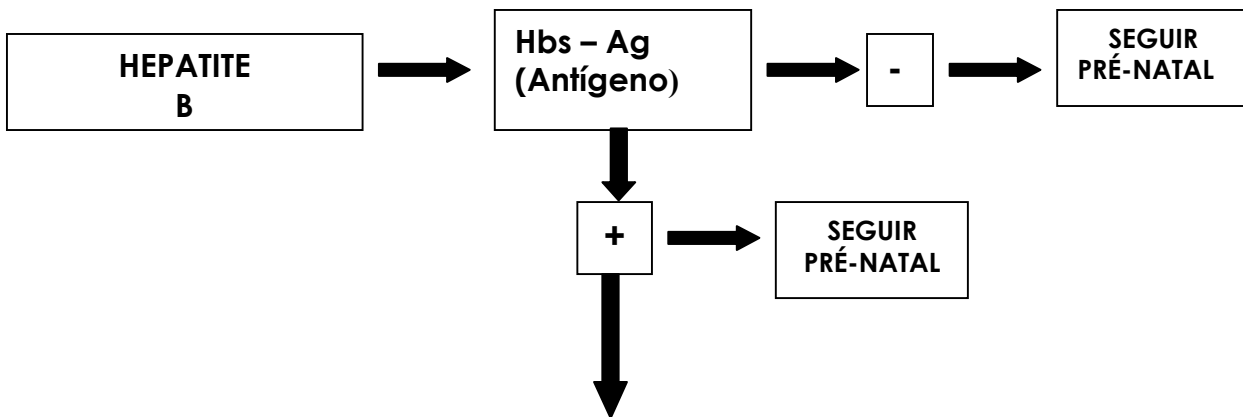
- DIANTE DE SUSPEITA CLÍNICA OU PRESENÇA CONFIRMADA: ENCAMINHAR PARA RISCO!

- Instalação de edema que não cede com repouso
- Ganho ponderal maior de 1.000g /semana associado a edema
- Elevação da pressão arterial basal (PAD>100 mmHg) que não responde a hipotensores
- Detecção de proteinúria em fita (+ em 4) ou 1,0 g em amostra isolada ou 300 mg em urina de 24 h.

GESTAÇÃO EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS



HEPATITES



RECOMENDAÇÕES:

1. Encaminhe a paciente para especialista **APÓS** o parto.

2. Informe à equipe responsável pela assistência ao parto sobre o status sorológico da paciente para que se adotem as providências necessárias para proteção do recém nascido (vacina, imunoglobulina).

HEPATITE C

Não faz parte das recomendações de rastreamento no pré-natal

SE
Sorologia
POSITIVA

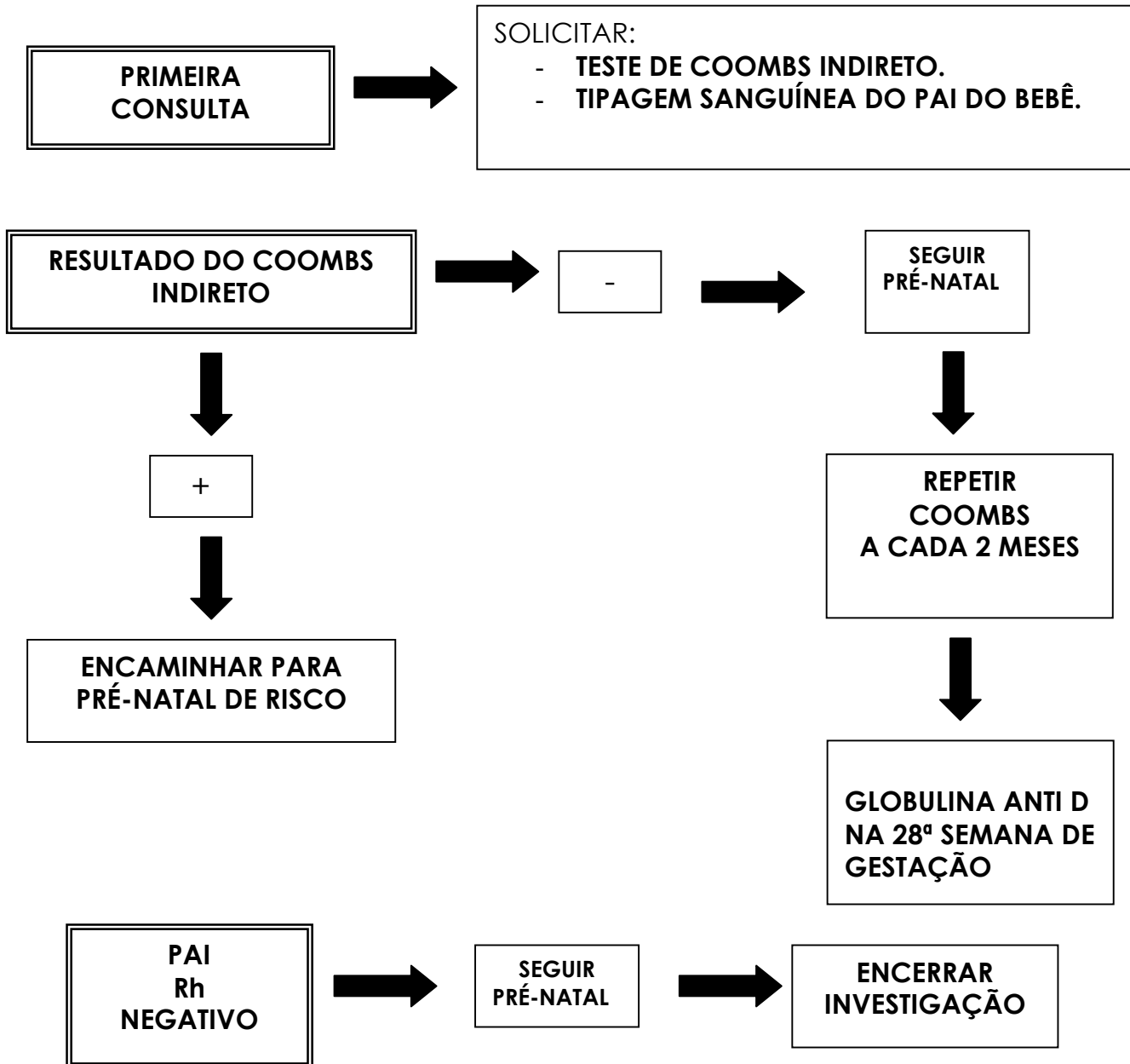
SEGUIR
PRÉ-NATAL

RECOMENDAÇÕES:

1. Encaminhe a paciente para especialista **APÓS** o parto.

2. Informe à equipe responsável pela assistência ao parto sobre o status sorológico da paciente

GESTANTES Rh NEGATIVO



INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL

- A circlagem cervical é o tratamento de eleição e apresenta os melhores resultados quando realizada entre 14 e 16 semanas (excepcionalmente até 26 semanas).
- A redução efetiva do risco necessita do diagnóstico precoce das condições da paciente.

CONSIDERAR O DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAR PARA UNIDADES DE ALTO RISCO SE:

NOS ANTECEDENTES:

- Dois ou mais abortamentos tardios entre 16 a 20 semanas e/ou partos prematuros 20 a 26 semanas.
- Circlagem em gestação anterior.
- Amputações do colo uterino

ACHADOS NO EXAME FÍSICO:

- Dilatação do colo no primeiro trimestre com ou sem protrusão das membranas

ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS (AVALIAÇÃO ENDOVAGINAL):

- Dilatação do orifício interno em repouso ou durante compressão do fundo uterino

DOENÇAS DA TIREÓIDE

HIPERTIREOIDISMO

- Ocorre em cerca de 1 em 2000 gestações.
- O estado hipermetabólico da gestação dificulta o diagnóstico clínico.
- Alguns sinais podem ajudar:
 - 1) taquicardia acima de 100 bpm
 - 2) frequência cardíaca elevada inclusive durante o sono
 - 3) aumento do volume da tireóide (atenção para as modificações fisiológicas)
 - 4) exoftalmopatia
 - 5) dificuldade de ganho ponderal apesar de adequação nutricional
- A confirmação é laboratorial, quando T4 livre elevado e TSH deprimido.

- **Pacientes com diagnóstico confirmado** ou
- Em uso de drogas anti-tireoidianas
Tapazol ou Propiltiouracil (PTU)



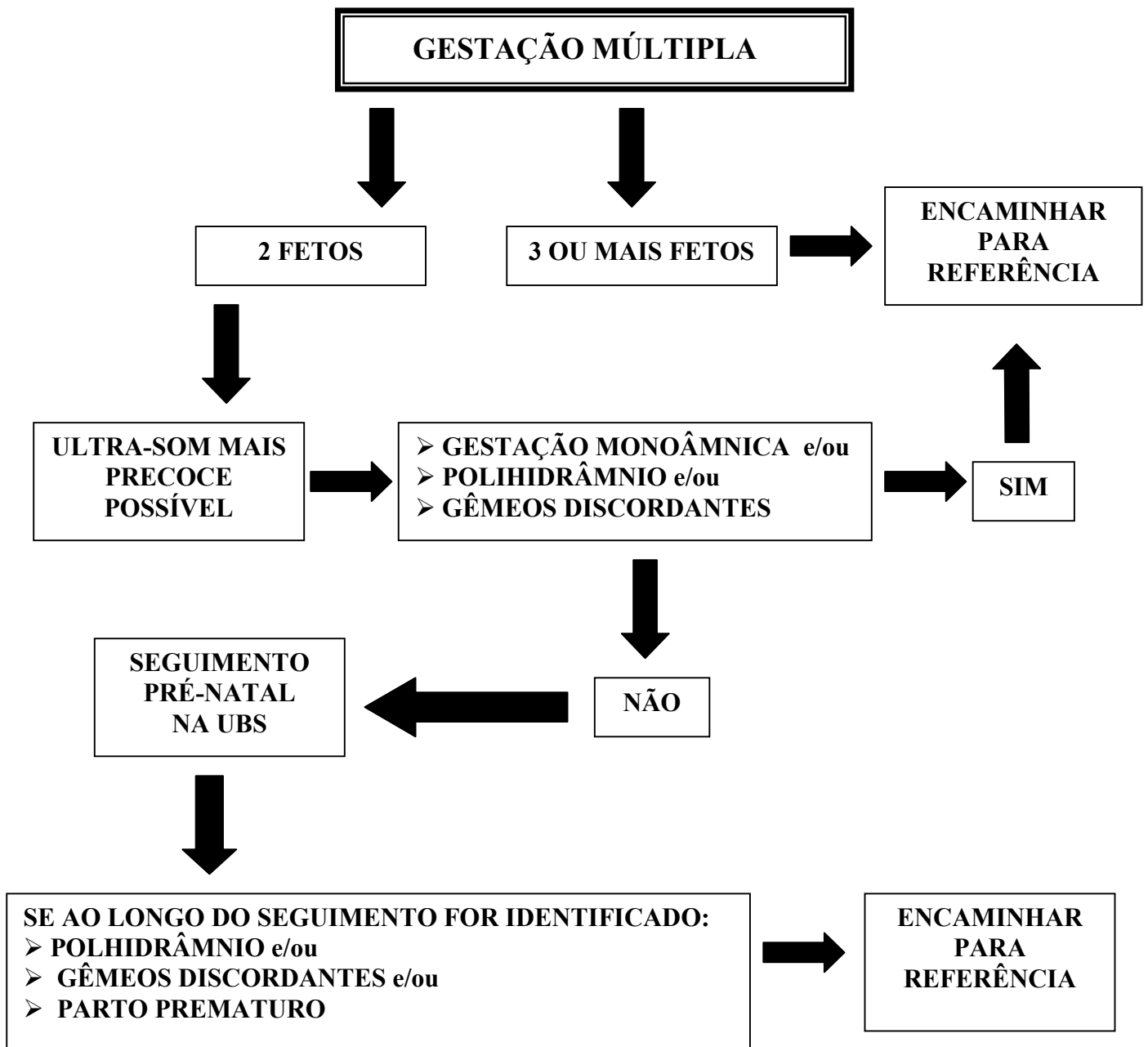
1. Encaminhar para unidades de risco.
2. As doses utilizadas dos medicamentos devem ser mantidas.

HIPOTIREIDISMO

- **Pacientes com diagnóstico confirmado** ou
- Em uso de hormônios tireoidianos
(Puran T4®, Tetroid®, Synthroid®, Euthyrox®
(25, 50, 75, 100, 125, 150 e 200 µg)



1. Encaminhar para unidades de risco.
2. As doses utilizadas dos hormônios tireoidianos devem ser mantidas.



Área Técnica de Saúde da Mulher

NOTA TÉCNICA nº 1/2.007 :

Uso de AAS em baixas doses na prevenção secundária da Pré-eclâmpsia

Introdução: As Síndromes Hipertensivas na gravidez (Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Hipertensão Arterial Crônica e Hipertensão Gestacional), são responsáveis por ¼ das mortes maternas ocorridas no município de São Paulo, segundo dados do Comitê Municipal de Mortalidade Materna (período de 2.004 a 2.006). Assim sendo, adotamos protocolo de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e seguimento das Síndromes Hipertensivas na gestação e em particular da Pré-Eclâmpsia.

Pré-Eclâmpsia:

Predição e prevenção primária não são possíveis até o presente.

Prevenção secundária:

Uso de AAS em baixas doses (100 mg por dia):

- Levando-se em conta que estudo de metanálise* identifica uma redução de 10% do risco de Pré-eclâmpsia, que em nosso meio é condição com elevada frequência e que causa elevadas morbidade e mortalidade materna e perinatal, acreditamos ser justificada sua utilização de forma genérica apesar da discreta redução de riscos em termos individuais, mas com possível elevado impacto em termos de saúde pública.
- Recomendamos o **uso diário de 100 mg de AAS para todas as gestantes**, exceto para as secundigestas ou multigestas, sem primipaternidade atual e sem nenhum outro fator de risco para pré-eclâmpsia (vide fatores de risco abaixo**) **iniciando ao redor de 12 semanas até 35 semanas.**

Cálcio:

- Recomendar o aumento da ingestão diária de cálcio (pelo menos 1,0 grama ao dia) para toda a população de gestantes, particularmente as hipertensas crônicas, através da dieta (leite, queijo branco, etc.).

****Fatores de risco para Pré-eclâmpsia:**

- Primigestas e Nulíparas
- Primipaternidade
- Idade materna > 40 anos
- História familiar de Pré-eclâmpsia
- Hipertensão Arterial Crônica
- Obesidade (I.M.C. > 35)
- Diabetes melito pré-existente
- Gestação gemelar
- Antecedentes pessoais de Pré-eclâmpsia grave ou Eclâmpsia ou HELLP Síndrome
- Ausência de redução da PA no segundo trimestre da gravidez
- Pressão Arterial Diastólica entre 80 e 89 mmHg na primeira consulta
- Presença de Anticorpo Antifosfolípide.

*Bibliografia: Lisa M Askie, Leila Duley, David J Henderson-Smart, Lesley A Stewart, on behalf of the PARIS Collaborative Group, Lancet 2.007;369:1791-98. Published Online May 17,2.007.

NOTA TÉCNICA Nº 02/2007

O USO DE CORTICOSTERÓIDES ANTENATAL

1-INTRODUÇÃO:

O Trabalho de Parto Prematuro, ou seja, aquele que ocorre em idades gestacionais inferiores a 37 semanas é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal.

Segundo dados do Comitê Municipal de Mortalidade Infantil e Perinatal do município de São Paulo, no período neonatal ocorrem 66% dos óbitos de menores de 1 ano e destes, cerca de 70% ocorrem na 1ª semana de vida (2006).

As principais causas de morte infantil e perinatal no município de São Paulo são:

- Infecções perinatais
- Doenças respiratórias
- Doenças relacionadas a prematuridade
- Malformações congênitas, principalmente as cardíacas

As internações hospitalares durante o primeiro ano de vida são três a quatro vezes mais frequentes nos prematuros. Portanto, os impactos social e econômico são muito grandes.

Por outro lado, evitar a prematuridade continua sendo um grande desafio ao obstetra. Quando detectadas oportunamente, o obstetra deve intervir sobre as possíveis causas, tratar a bacteriúria assintomática, as infecções urinárias (solicitar uroculturas nos três trimestres de gravidez) e vaginais (principalmente vaginose bacteriana).

Quando houver situação clínica em que a antecipação do parto é muito provável (por exemplo, Trabalho de Parto Prematuro, gestante com Diabetes ou Síndrome Hipertensiva, Gemelaridade, Placenta Prévia, alteração de vitalidade fetal, etc), pode-se prevenir complicações neonatais usando-se o corticóide antenatal, entre 24 e 34 semanas de gestação.

2-BENEFÍCIOS EVIDENTES DOS CORTICOSTERÓIDES PARA O RN PREMATURO:

Redução da mortalidade neonatal
Prevenção da Doença de Membranas Hialinas
Prevenção de Hemorragia Intracraniana

3-DOSES DE CORTICOSTERÓIDE:

Administrar um ciclo de 24 mg de Corticosteróide (Betametasona 12 mg I.M. em 2 doses com intervalo de 24 horas ou Dexametasona 6 mg I.M. em 4 doses com intervalo de 12 horas). As melhores evidências científicas disponíveis até o momento, não recomendam um segundo ciclo.