



COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL



OBJETIVOS DO PRÉ-NATAL

- ✓ Promoção de saúde
- ✓ Prevenção ou detecção precoce de afecções
- ✓ Redução da mortalidade materna
- ✓ Melhor qualidade de vida e Cidadania plena

Mortalidade Materna

- ✓ **Melhores indicadores de saúde pública**

Laurenti et al, 2000

- ✓ **Vinculado ao grau de desenvolvimento sócio-econômico da população**

Laurenti, 1994

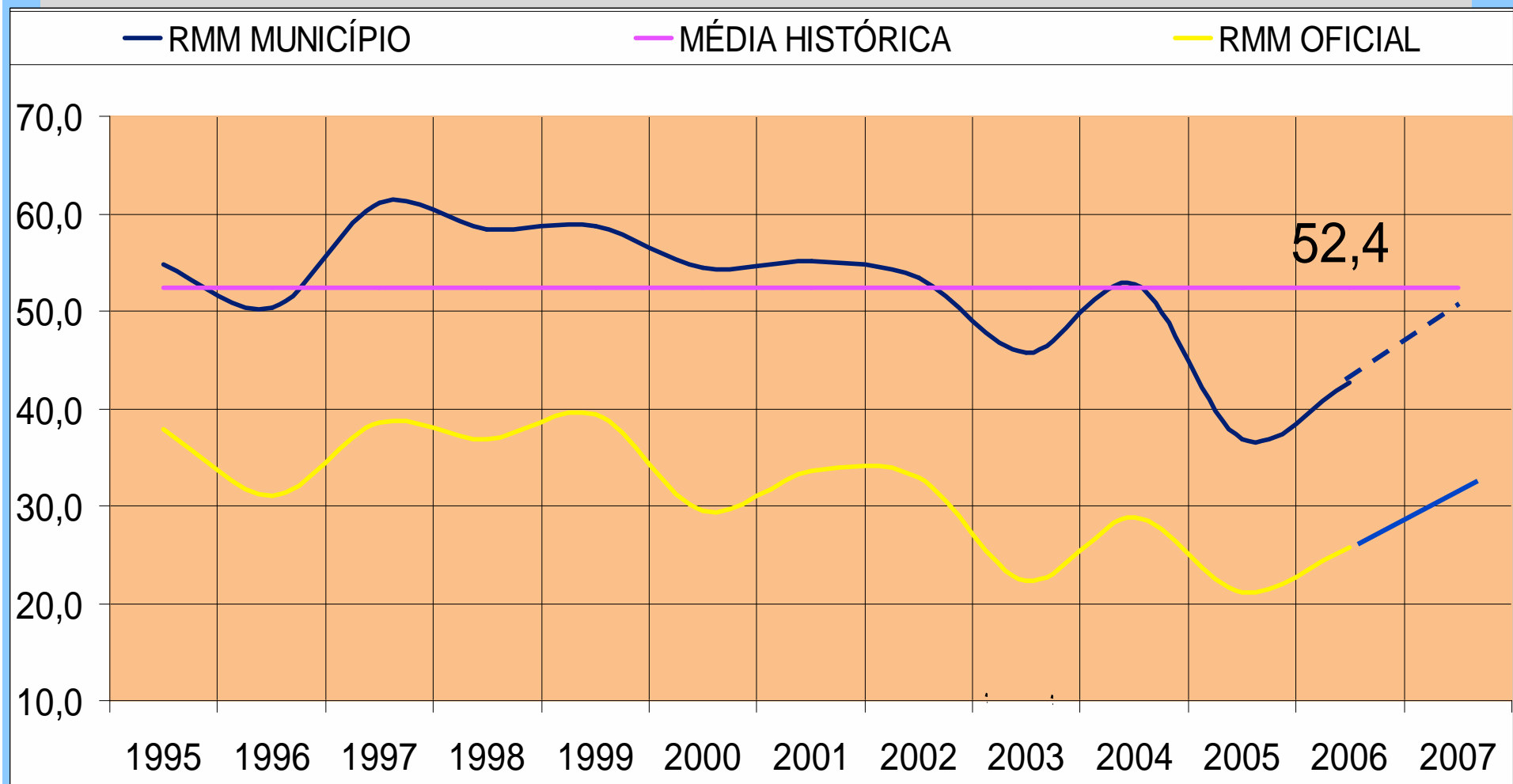
Avalia:

- ✓ **Acesso ao sistema de saúde**
- ✓ **Planejamento Familiar**
- ✓ **Pré-natal**
- ✓ **Atendimento hospitalar**
- ✓ **Falhas estruturais**

Principais causas de morte materna

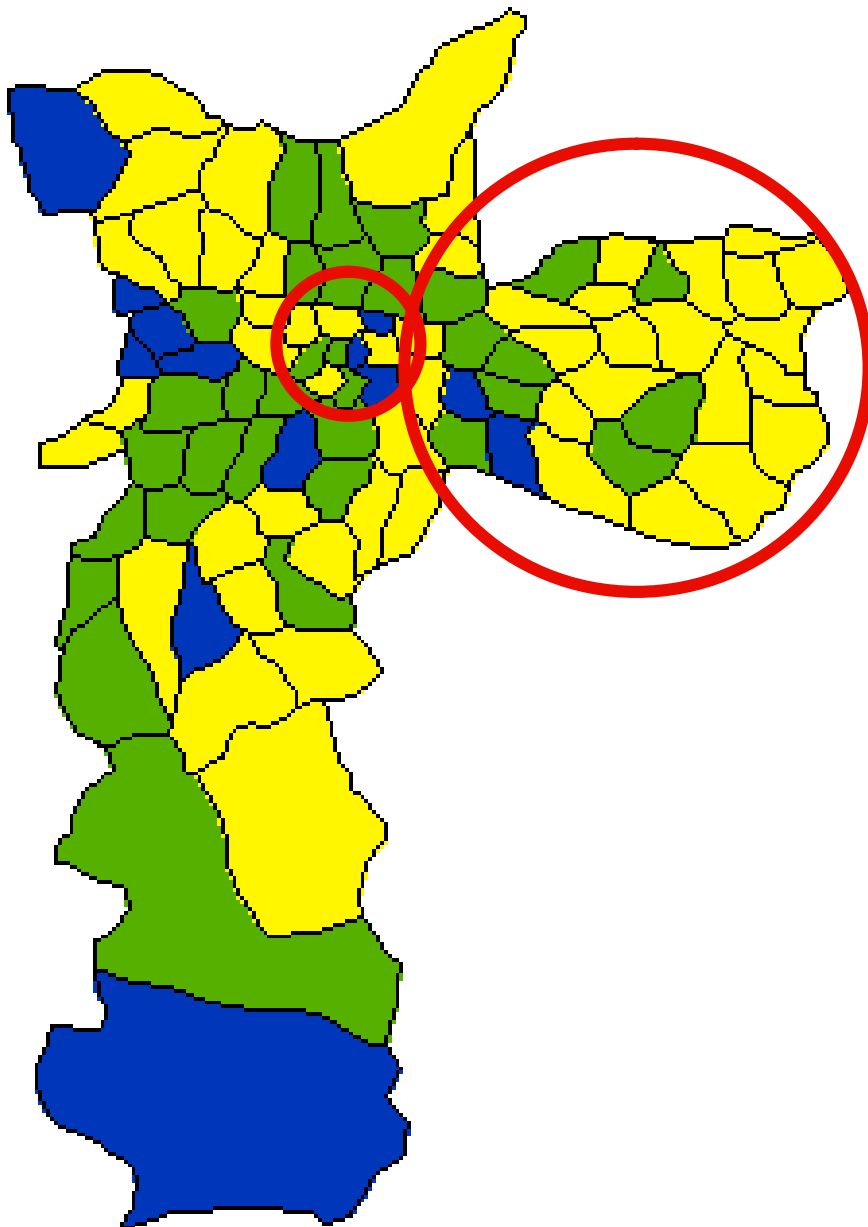
CAUSA	1993-2003		2004-2006	
	N	%	N	%
HIPERTENSÃO (EP/E + HAS)	284	23,8	63	26,0
HEMORRAGIAS	187	15,7	48	19,8
COMPLICAÇÕES DE ABORTO	130	10,9	23	9,5
CARDIOPATIAS	111	9,3	25	10,3
INFECÇÃO PUERPERAL	105	8,8	10	4,1
OUTRAS	376	31,5	73	30,2
TOTAL	1193	100,0	242	100,0

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

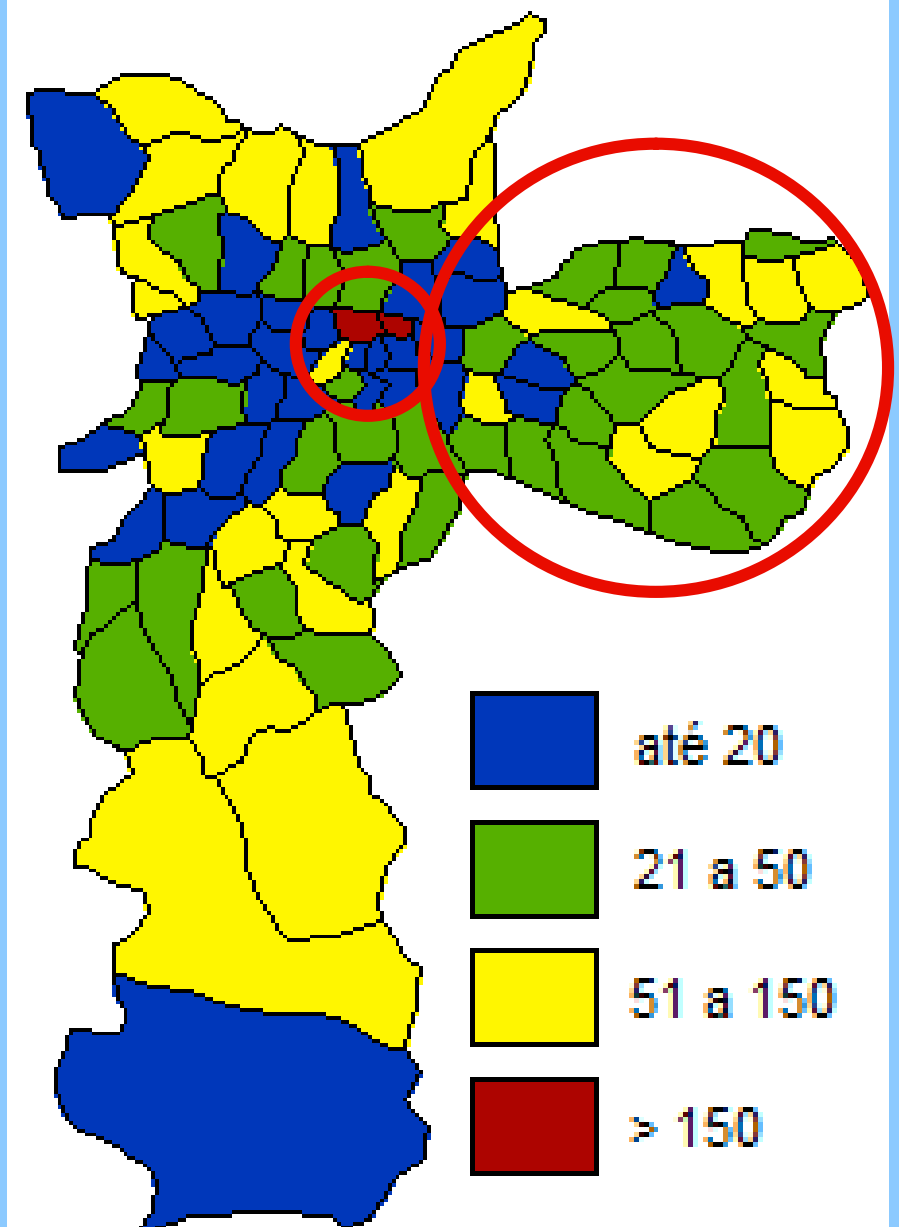


Município de São Paulo

1995-2003



2004-2006



Atenção baseada em evidências:

Uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências atuais para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais

Apoio às gestantes:

“A melhor assistência não será efetiva se a equipe não estiver disponível para aqueles que dela necessitem”

ACOLHIMENTO

- ✓ Adolescentes
- ✓ Imigrantes
- ✓ Vulnerabilidade social (sentem-se pouco à vontade)
- ✓ Dificuldade de comunicação, impossível seguir recomendações
- ✓ Reações dos provedores de saúde

PLANO GERAL DE AÇÃO

Por ocasião da primeira consulta

- **Agendamento de todas as visitas**
- **Consultas mensais até 27 semanas**
- **Semanais 28 a 32 semanas**
- **Quinzenais 32 a 36 semanas**
- **Semanais até 41 semanas**

- ✓ **Em nenhuma hipótese existe alta com 36 semanas!**
- ✓ **Não há razões médicas aceitáveis para “avaliação hospitalar” da vitalidade fetal até 40 semanas**
- ✓ **Com 41 semanas a paciente será encaminhada para indução**

ATÉ 27ª SEMANA  **CONSULTAS MENSAIS**

CASO POSSÍVEL, INTERCALAR CONSULTA MÉDICA COM CONSULTA DE ENFERMAGEM

28ª - 32ª sem  **CONSULTAS OU AVALIAÇÕES SEMANAIS (pense em pré-eclampsia!!!)**

CASO POSSÍVEL, INTERCALAR CONSULTA MÉDICA COM CONSULTA DE ENFERMAGEM

32ª até 37ª sem  **CONSULTAS QUINZENAIS**

CASO POSSÍVEL, INTERCALAR CONSULTA MÉDICA COM CONSULTA DE ENFERMAGEM

37ª até 41 sem  **CONSULTAS SEMANAIS**

CASO POSSÍVEL, INTERCALAR CONSULTA MÉDICA COM CONSULTA DE ENFERMAGEM

EXAMES DE ROTINA

1º trimestre:

- ✓ Hemograma Completo
- ✓ Protoparasitológico
- ✓ Urina I + Urocultura
- ✓ Glicemia de jejum
- ✓ Sorologia para Sífilis (VDRL)
- ✓ Sorologia para HIV
- ✓ Sorologia para Rubéola (IgG e IgM)
- ✓ Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)
- ✓ Sorologia de Hepatite B (HbsAg)
- ✓ Tipagem sanguínea (ABO) com fator Rh
- ✓ Colpocitologia oncológica conforme rotina ginecológica

Ultra-som obstétrico (12ª semana)

EXAMES DE ROTINA

2º trimestre:

- ✓ **Urina I + Urocultura**
- ✓ ***Glicemia de jejum***

3º trimestre:

- ✓ **Sorologia para Sífilis (VDRL)**
- ✓ **Sorologia para HIV**
- ✓ **Urina I + Urocultura**
- ✓ ***Glicemia de jejum***
- ✓ **Secreção vaginal e anal p/ Streptococo grupo B (35 a 37 sem.)**

VACINAÇÃO

Dupla Adulto (DT) : atualizar calendário - 3 doses

1ª dose : 1ª consulta

2ª dose: após 60 dias

3ª dose: após 120 dias

QUEIXAS MAIS FREQUÊNTES NA GESTAÇÃO NORMAL

- ❖ **Náuseas e sialorréia**
- ❖ **Pirose (azia)**
- ❖ **Cólicas Flatulência e Obstipação Intestinal**
- ❖ **Sangramento gengival**
- ❖ **Cefaléia e Enxaqueca**
- ❖ **Cloasma**
- ❖ **Cãibras**
- ❖ **Varizes de MMII**
- ❖ **Edema**
- ❖ **Lombalgia**
- ❖ **Hemorróidas**
- ❖ **Corrimento Vaginal**
- ❖ **Queixas Urinárias**
- ❖ **Atividade sexual**

DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

VALORES DE REFERÊNCIA GLICEMIA DE JEJUM
(recomendados pela OMS, 1998)

NORMAL: menor que 90,0 mg/dl

GLICEMIA DE JEJUM SUSPEITA: 90 a 125 mg/dl

DIABETE: maior que 125,0 mg/dl

GTT 2 horas após ingestão 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

GESTANTES
COM
RISCO

dois ou mais
fatores
PRESENTES



- Idade maior que 35 anos
- Obesidade (> 75 kg na primeira consulta)
- Antecedentes DM em pais e/ou irmãos.
- Antecedente obstétrico de macrossomia (>4000 kg), polihidrânio, malformações, natimorto ou óbito neonatal sem causa definida.
- Antecedente de diabetes gestacional.
- Portadora de hipertensão arterial crônica
- Se apresentar macrossomia, polihidrânio ou malformação.

DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

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

GLICEMIA DE JEJUM

>125

DIABETES

90 - 125

GTT 75 g

<90

RISCO?

SIM

NÃO

GTT 75 g

**Glicemia de jejum
24 e 28 sem.**

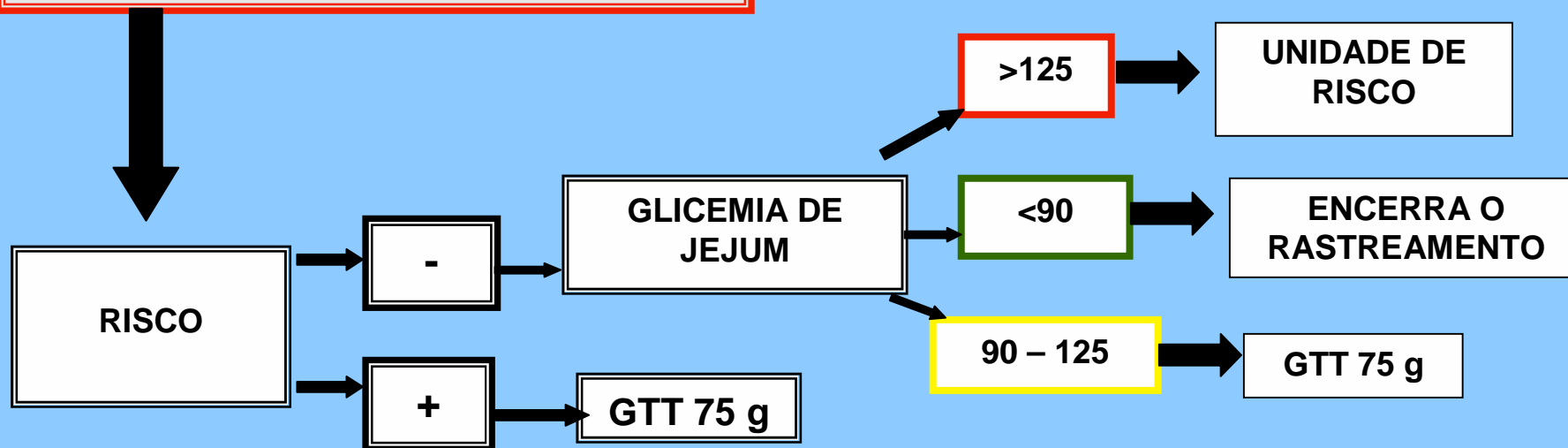
GTT 2 horas após ingestão 75 g de glicose

NORMAL: até 139,0 mg/dl

DIABETE: 140,0 ou mais

DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

RASTREAMENTO COM 24 A 28 SEMANAS



OBSERVAÇÕES

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 SEGUNDO IDADE GESTACIONAL (*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

GESTAÇÃO PROLONGADA: RASTREAMENTO/ PREVENÇÃO

Antes de
20 semanas

- Realização de US
- Assegurar idade gestacional.
- Repetir a avaliação, se necessário.

A partir de
37 semanas

- Consultas semanais
- Não “dar alta” do pré-natal a partir de 36 semanas (não adicionar riscos).

A partir de
39 até 40
semanas

1. “Mobilograma” diário: pós-café, almoço e jantar.
(normal = 6 ou mais movimentos em 1 hora em decúbito lateral E)
2. Avaliar reatividade cardíaca fetal, após estímulo mecânico, com sonar ou Pinnard (acelerações evidentes têm validade clínica semelhante a CTB).

A partir de
40 semanas
confirmadas

- 1 - Encaminhar para maternidade.
- 2 - Agende na UBS: - retorno em uma semana.
- programar retorno puerperal.

PRÉ-ECLÂMPسيا

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

PRÉ-ECLÂMPسيا: Hipertensão gestacional associada a proteinúria significativa (+/4+ em fita ou 300,0 mg ou mais em urina de 24 horas)

**GESTANTES
COM
RISCO
DIFERENCIADO**

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

**CRITÉRIOS
DIAGNÓSTICOS**

CERTOS: PROTEINÚRIA

SUSPEITOS:

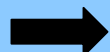
ELEVAÇÃO DA PA EM RELAÇÃO ÀS ÚLTIMAS CONSULTAS
INSTALAÇÃO DE EDEMA E/OU GANHO PONDERAL EXCESSIVO (+1000g)
EM RELAÇÃO À ÚLTIMA CONSULTA

**HIPERTENSÃO
GESTACIONAL**



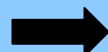
- REDUZIR INTERVALO ENTRE CONSULTAS (máximo 7 DIAS)
- ALERTAR SOBRE SINTOMAS RELACIONADOS A HIPERTENSÃO COMO CEFALÉIA, DISTÚRBIOS VISUAIS OU DOR EPIGÁSTRICA.
- PESQUISAR PROTEINÚRIA EM TODAS AS CONSULTAS

PRÉ-ECLÂMPSIA



ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA PRONTO SOCORRO

**PROTEINÚRIA
POSITIVA?**



ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA PRONTO SOCORRO

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

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 como:
 - prematuridade
 - restrição de crescimento fetal
 - descolamento prematuro da placenta
 - internações por emergência hipertensiva e/ou eclâmpsia
 - morte perinatal.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

SEGUIMENTO PRÉ-NATAL NAS UBS PARA HIPERTENSAS LEVES OU MODERADAS

- Corrigir eventuais excessos de sal na dieta (não há benefícios na dieta hipossódica)
- Administrar 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 CTB).
- Encaminhar para unidade de risco após 38 semanas ou diante de alguma suspeita clínica.

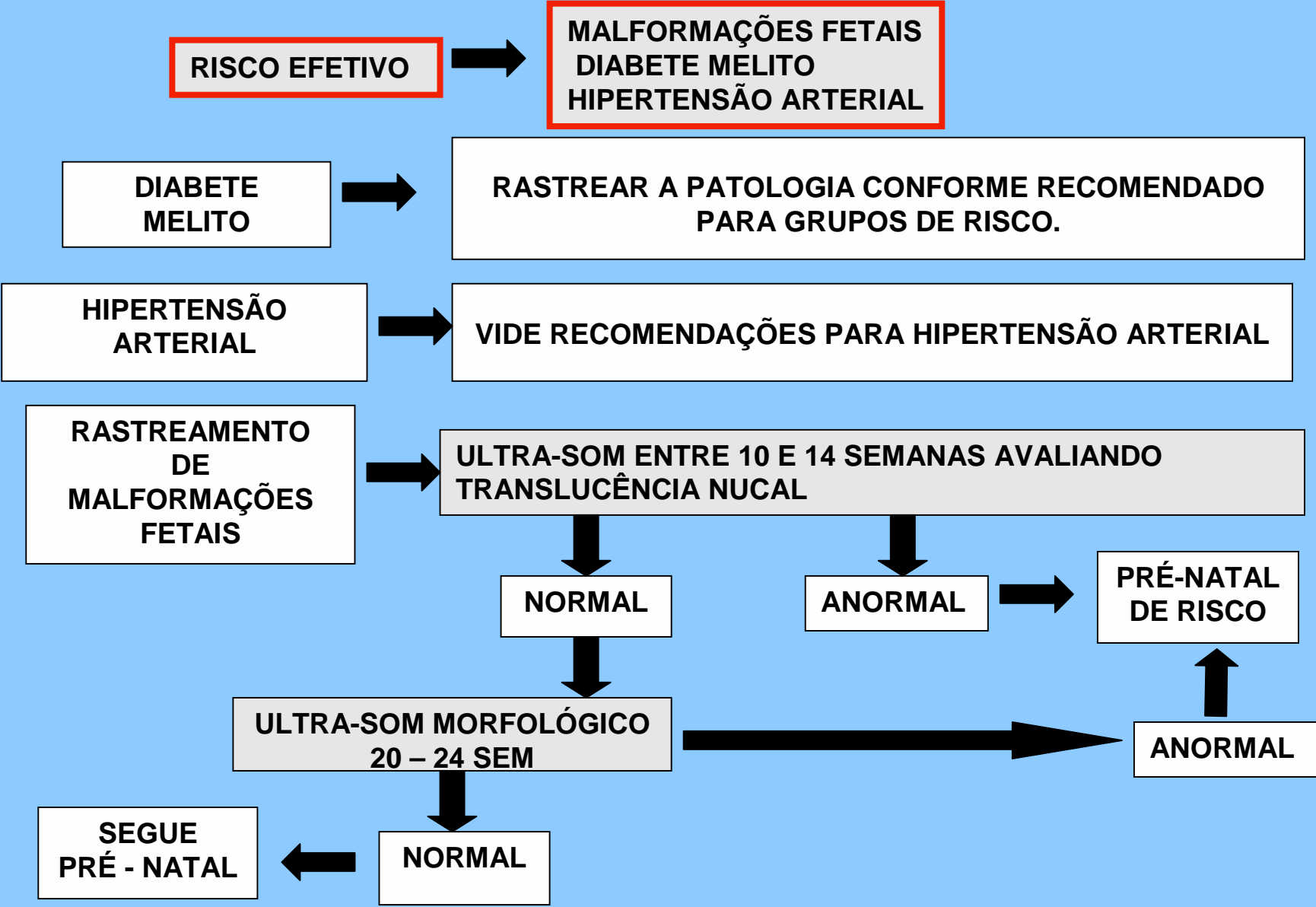
HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA SOBREPOSIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

- DIANTE DE SUSPEITA CLÍNICA: ENCAMINHAR PARA RISCO!

- Instalação de edema que não cede com repouso
- Ganho ponderal maior que 1000 g por semana associado a edema
- Elevação da pressão arterial basal (PAD > 100 mmHg) após 20 semanas
- Detecção de proteinúria em fita (+ em 4) ou 300 mg em urina de 24 h.

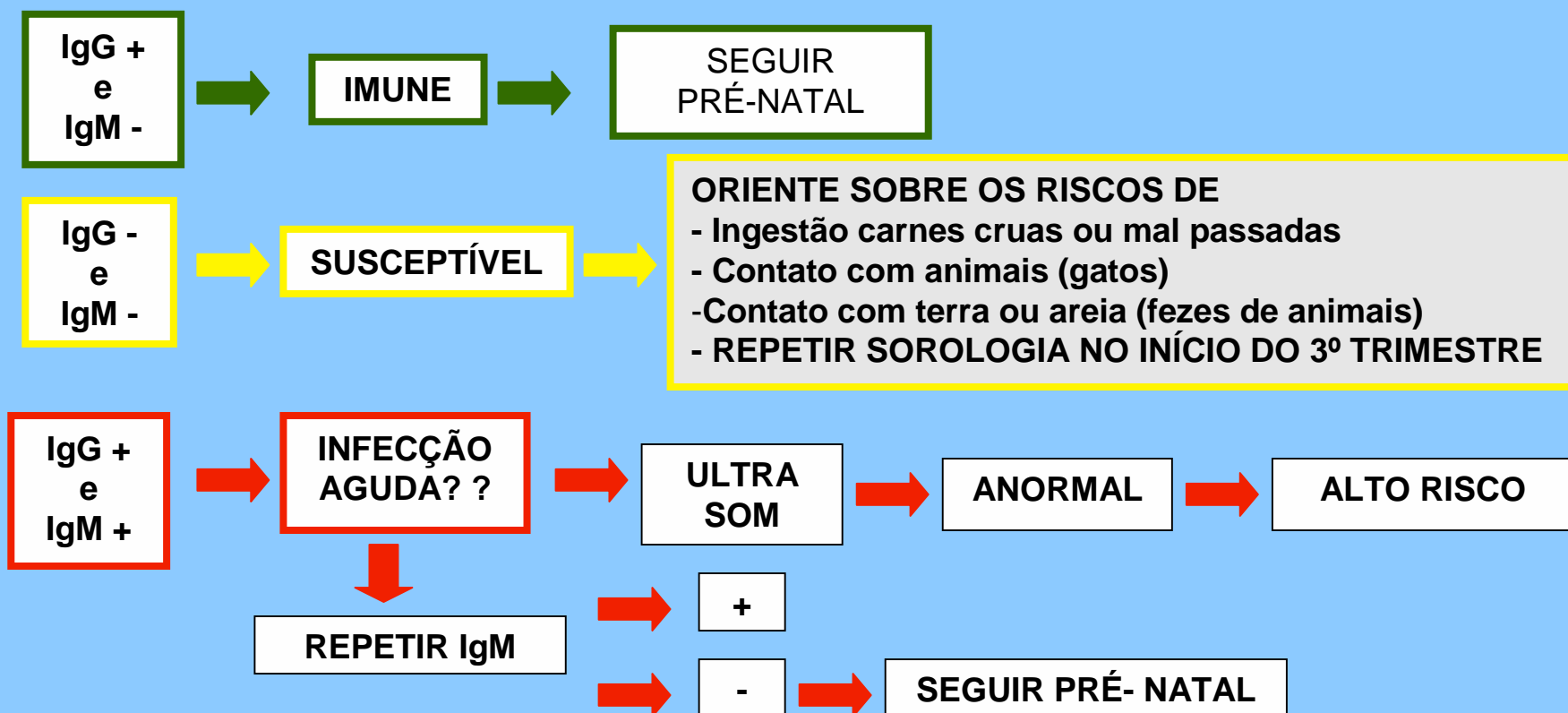
GESTAÇÃO EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS



TOXOPLASMOSE

- Não existem cifras precisas da real prevalência do problema em nosso meio.
- Revisão sistemática questiona a eficiência do tratamento habitualmente preconizado e chama a atenção para as dificuldades da interpretação dos resultados da sorologia.

TRIAGEM A PARTIR DA PESQUISA DA PRESENÇA DE ANTICORPOS MATERNOS (IgG e IgM)



HEPATITES

HEPATITE B

Hbs – Ag
(Antígeno)

-

+

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 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

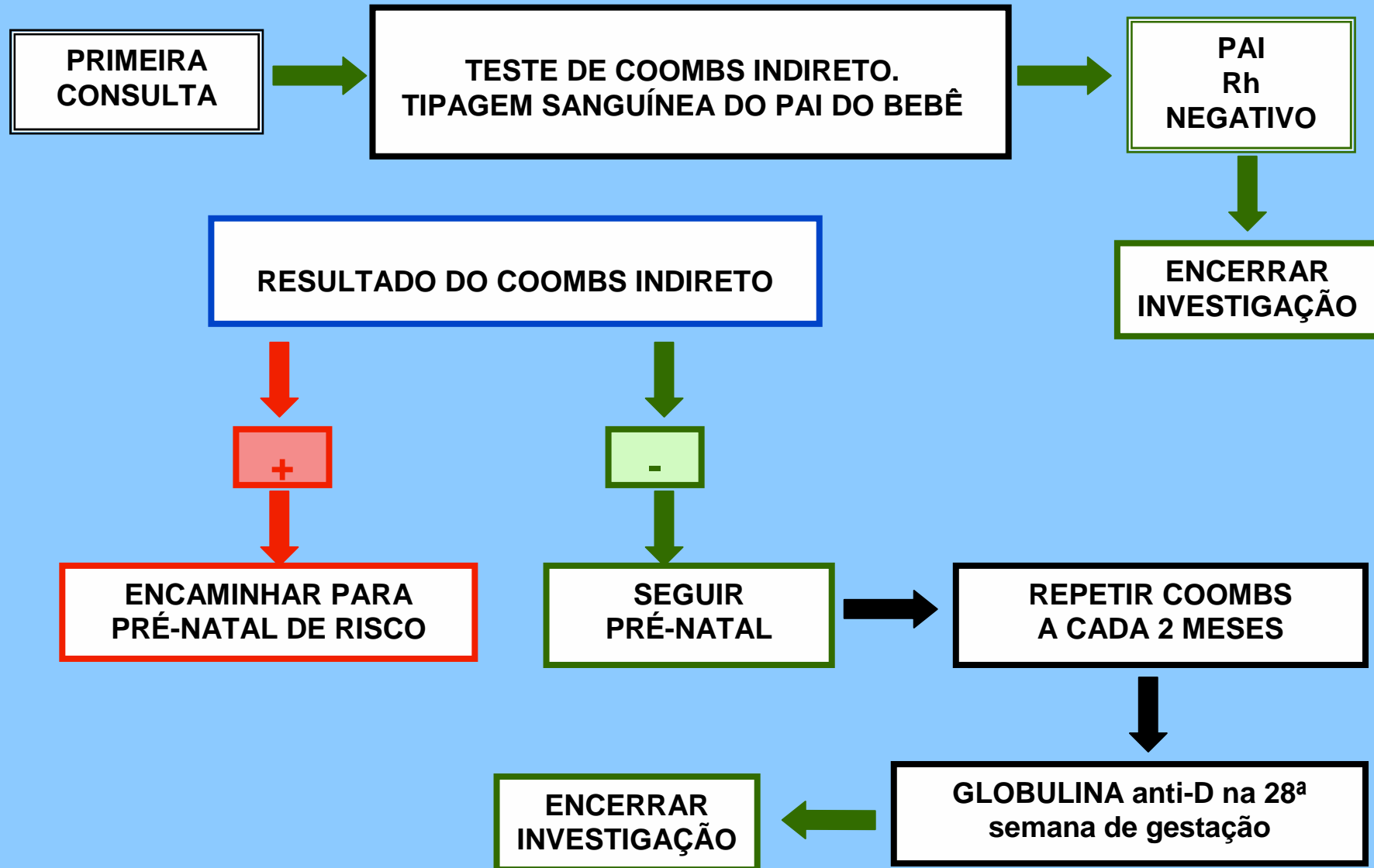
**SE
Sorologia
POSITIVA**

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 da gestação com ou sem protrusão das membranas

ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS (AVALIAÇÃO ENDOVAGINAL):

- Dilatação do orifício interno em repouso ou observada 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
- Uso anti-tireoidianos Tapazol ou Propiltiouracil (PTU)



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



HIPOTIREOIDISMO

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

