



COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE  
CODEPPS  
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*

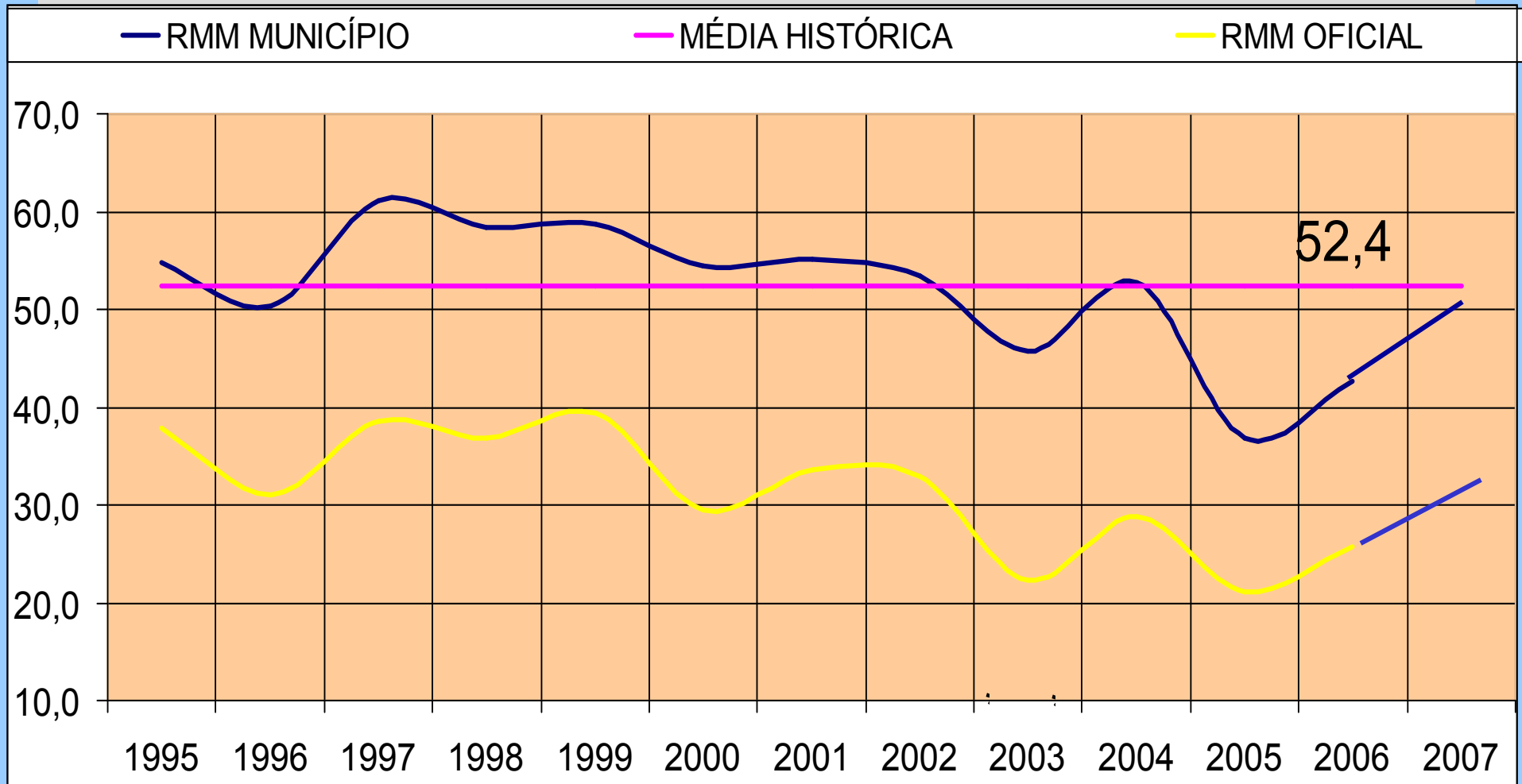
### **Avalia:**

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

## Principais causas de morte materna

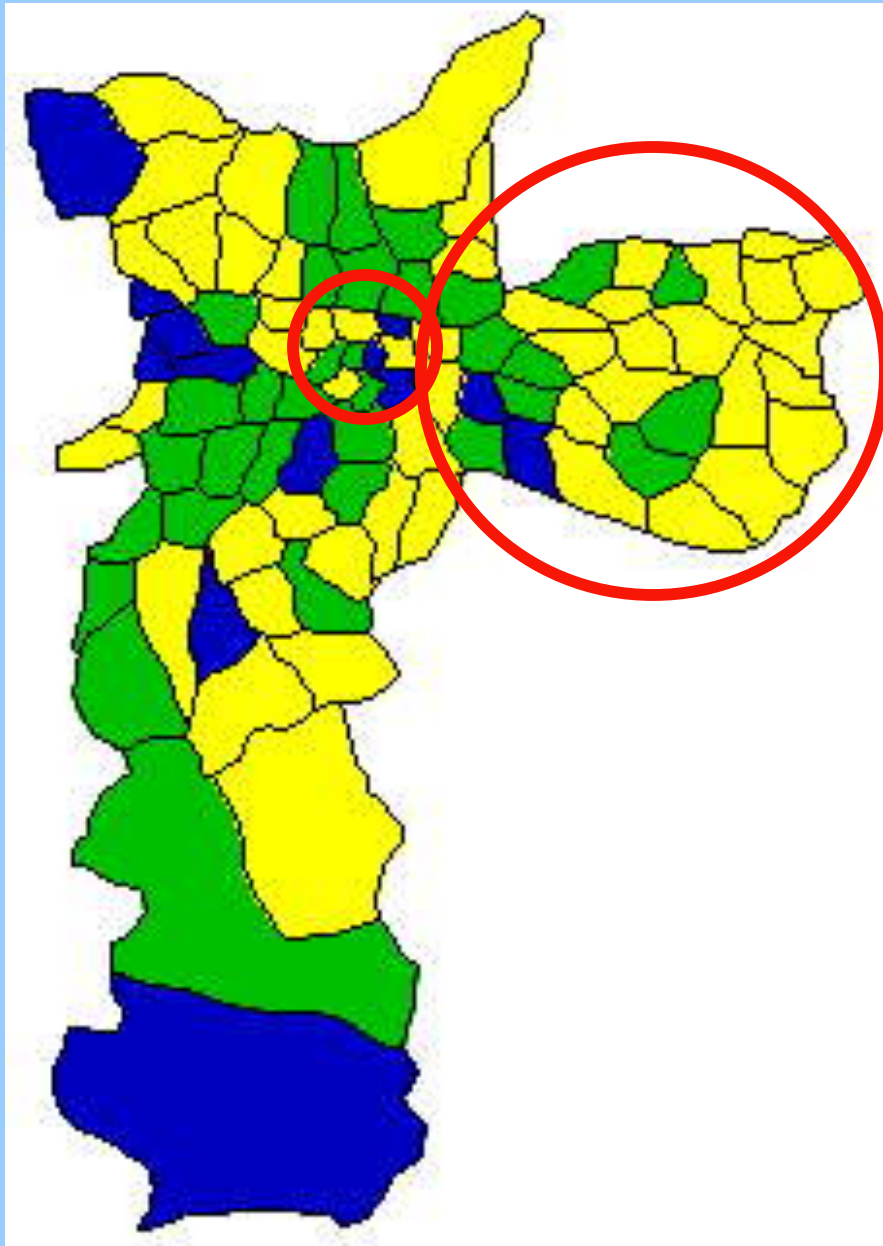
CAUSA	1993-2003		2004-2006	
	N	%	N	%
<b>HIPERTENSÃO (EP/E + HAS)</b>	284	<b>23,8</b>	63	<b>26,0</b>
<b>HEMORRAGIAS</b>	187	<b>15,7</b>	48	<b>19,8</b>
COMPLICAÇÕES DE ABORTO	130	10,9	23	9,5
CARDIOPATIAS	111	9,3	25	10,3
INFECÇÃO PUERPERAL	105	8,8	10	4,1
OUTRAS	376	31,5	73	30,2
<b>TOTAL</b>	<b>1193</b>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

# RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

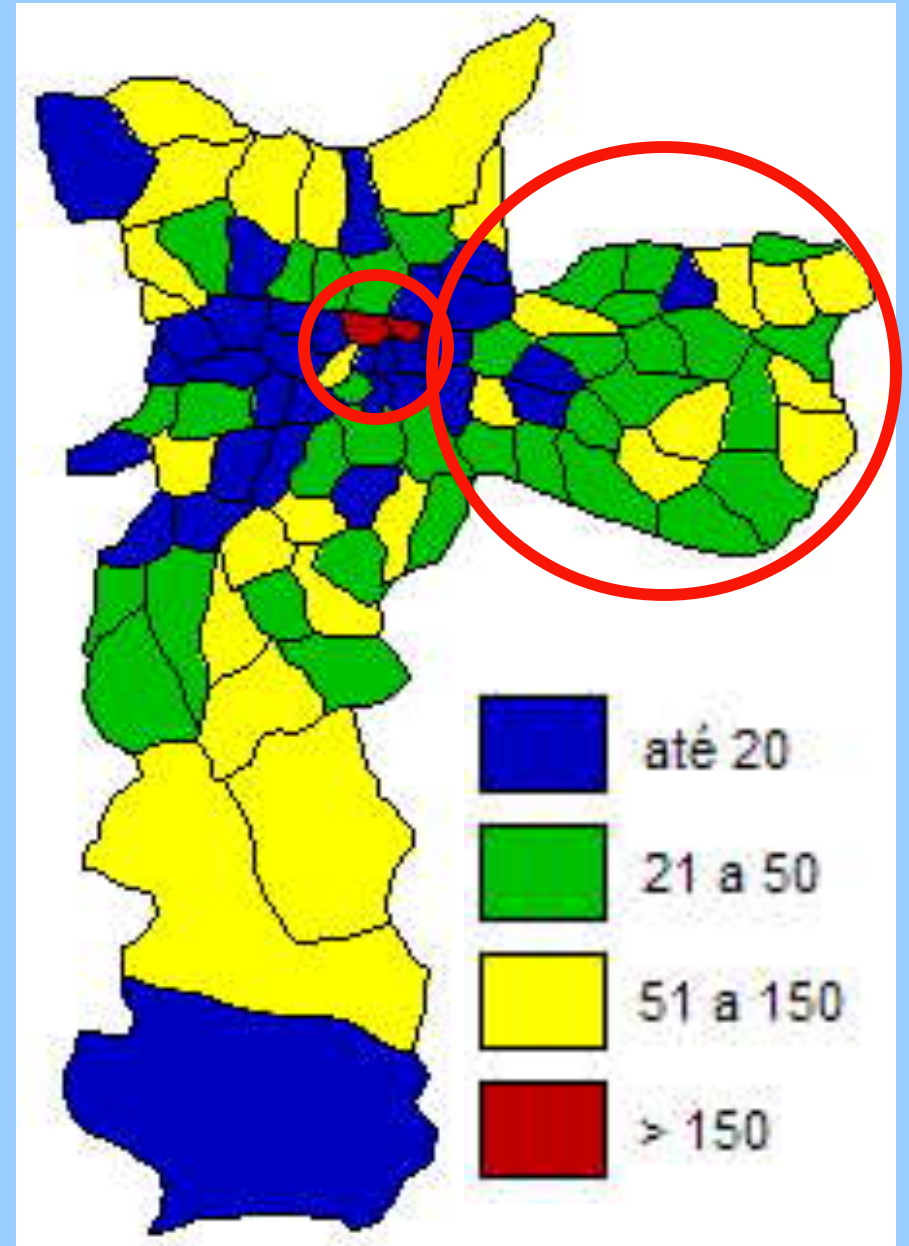


*Município de São Paulo*

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 SEMANA**  **CONSULTAS 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

- ✓ Hemograma Completo
  - ✓ Protoparasitológico
  - ✓ Urina I
  - ✓ Glicemia de jejum
  - ✓ Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)
  - ✓ Sorologia de Hepatite B (HbsAg)
  - ✓ Tipagem sanguínea (ABO) com fator Rh
  - ✓ Colpocitologia oncológica conforme rotina ginecológica
- 
- ✓ **Urocultura**
  - ✓ **Sorologia para HIV 1º e 3º Trimestre**
  - ✓ **Sorologia para Sífilis (VDRL) 1º e 3º Trimestre**
  - ✓ **Sorologia para Rubéola (IgG e IgM) (?)**
  - ✓ **Ultra-som obstétrico (12ª semana ?)**

# 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

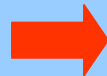
**ENCAMINHAR PARA  
PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO  
O MAIS PRECOCE POSSÍVEL**



- 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), polihidrâmnio, malformações, natimorto ou óbito neonatal sem causa definida.
- Antecedente de diabetes gestacional.
- Portadora de hipertensão arterial crônica
- Se apresentar macrossomia, polihidrâmnio 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.

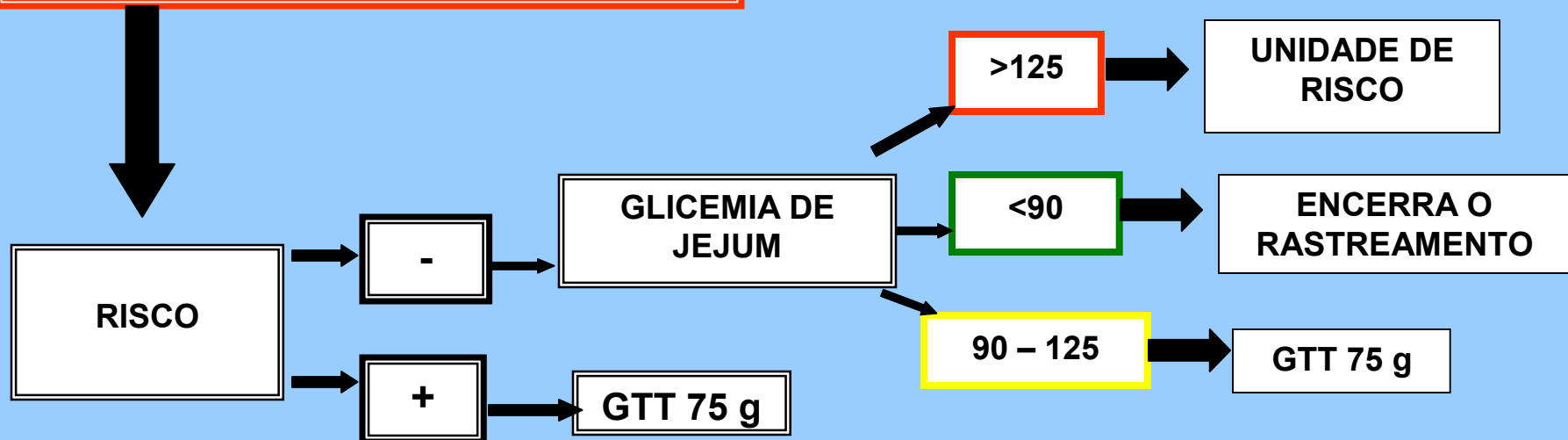
GTT 2 horas após ingestão 75 g de glicose

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-ECLÂMPSIA

**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 (+/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-ECLÂMPSIA GRAVE OU ECLÂMPSIA 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

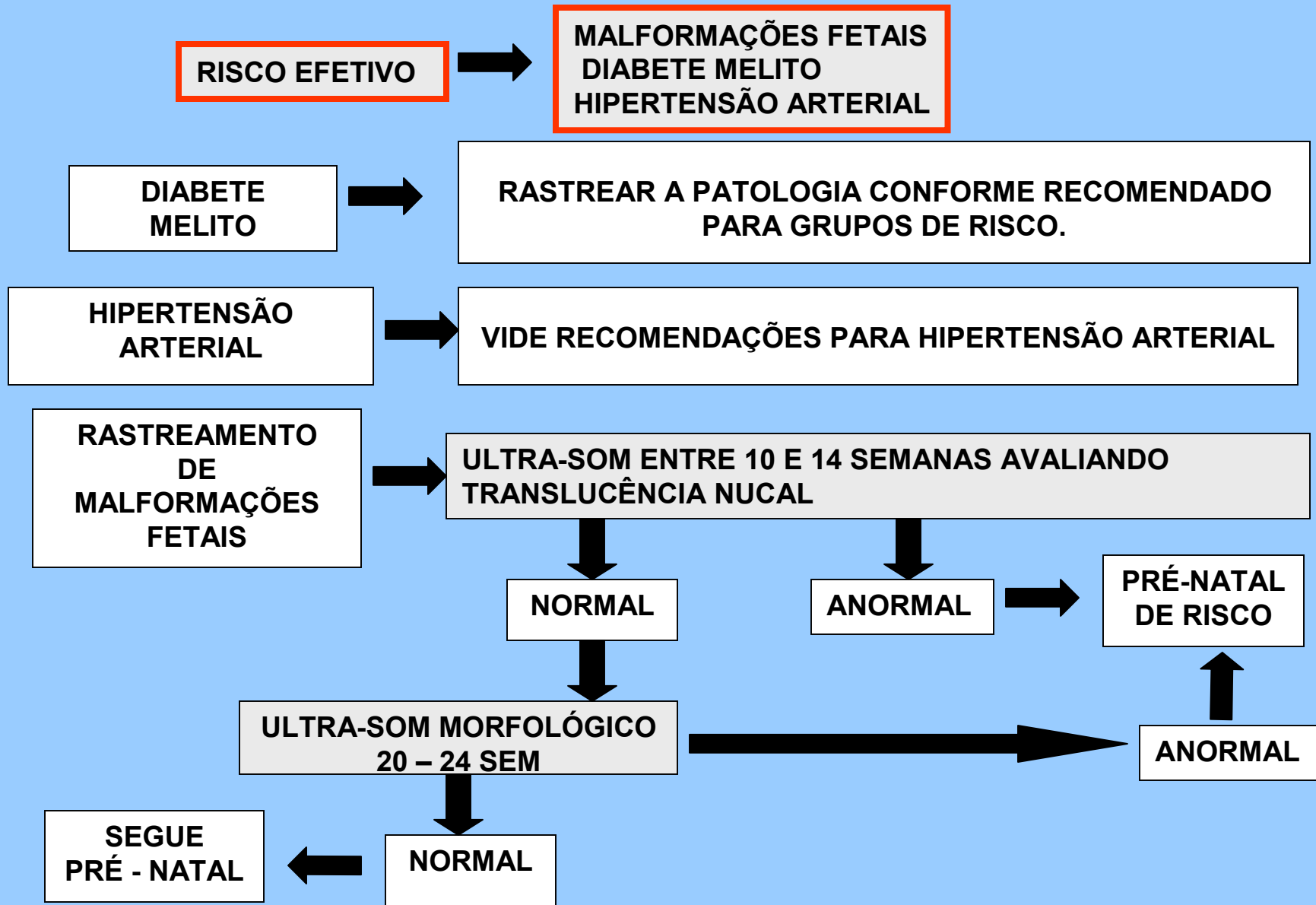
- Corrigir eventuais excessos de sal na dieta (não há benefícios na dieta hipossódica)
- Administrar metildopa 750 mg/dia (dose máxima 2,0 g/dia), com intervalos de 6 a 8 horas entre as tomadas (não prescrever doses inferiores a 750 mg ou intervalos maiores que 8 horas)
- Se necessário adicionar 25 a 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 SOBREPÓSICÃO 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.

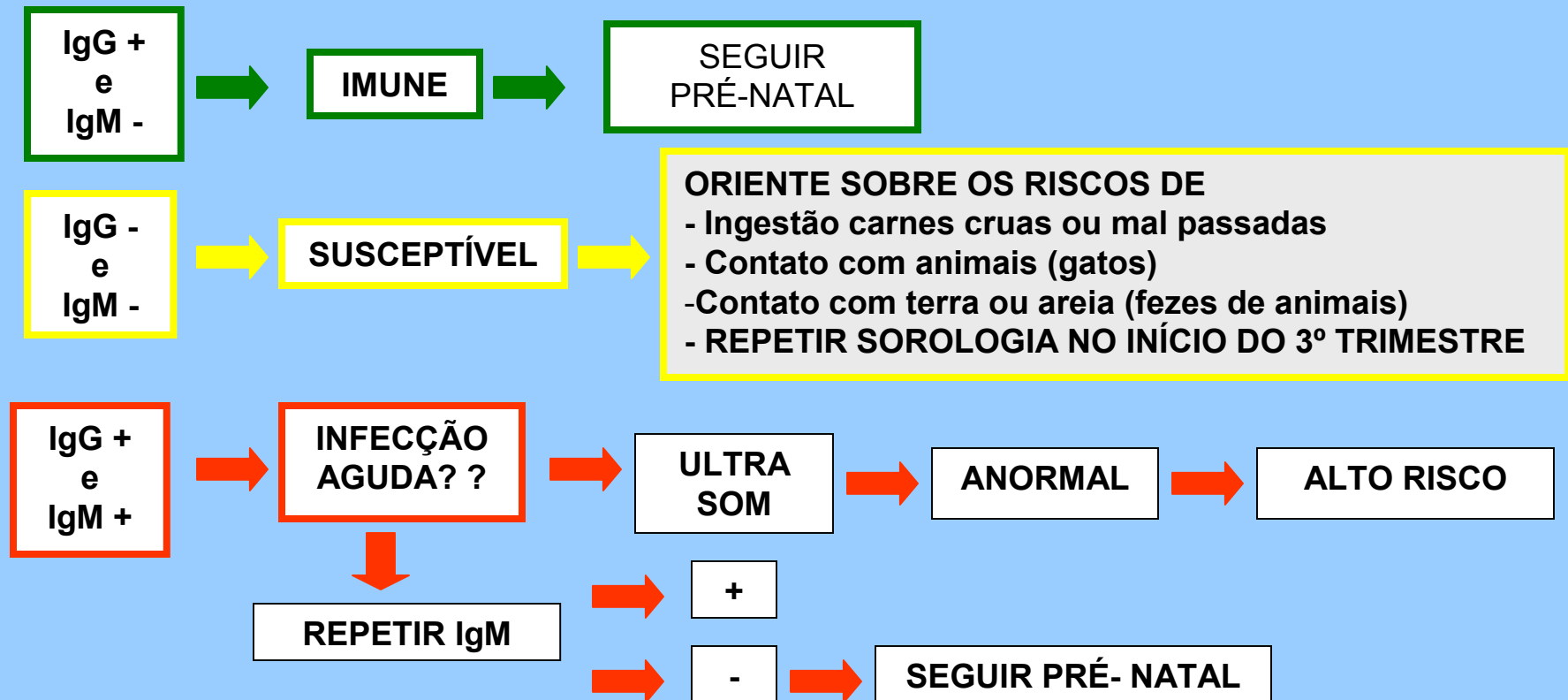
# GESTAÇÃO EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS



## 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**

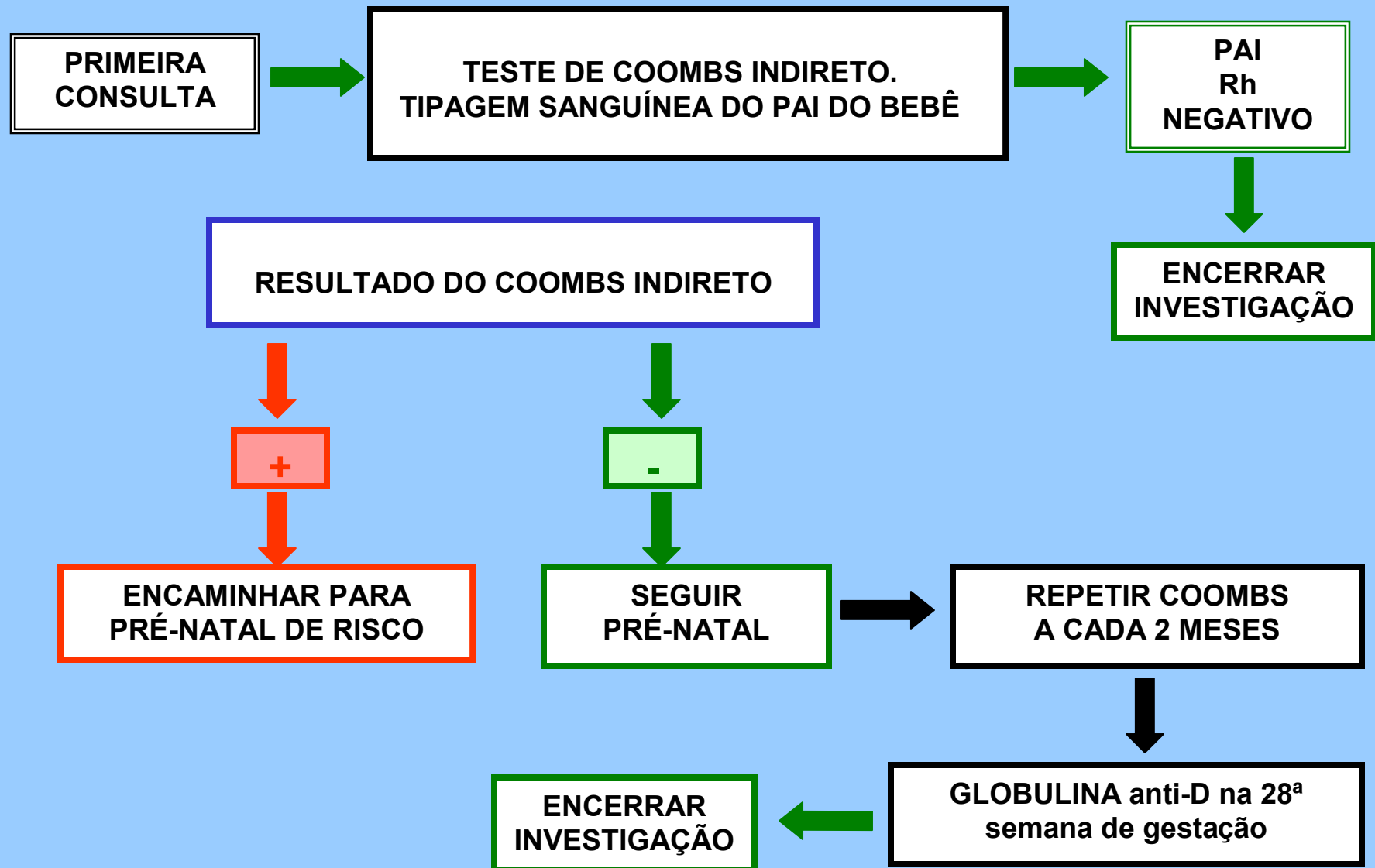
SE  
Sorologia  
POSITIVA

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)

