

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O que é importante levantar no atendimento à mulher:
Avaliação de riscos e vulnerabilidades, incluindo a discussão da saúde sexual e reprodutiva e o levantamento de situações de exclusão social e de violência sexual e doméstica, tendo em mente as seguintes

vulnerabilidades:

- **Adolescente (< 20 anos)**
- **Início precoce da vida sexual**
- **Múltiplos parceiros sexuais**
- **Parceiros sexuais que possuem outras parceiras**
- **História pregressa de DST ou HPV**
- **Usuária de drogas (Ilícitas ou não, incluindo Álcool)**
- **Situação conjugal insegura ou violência sexual e doméstica**
- **Gravidez indesejada (aborto inseguro)**
- **Afrodescendente (Pretas ou Pardas)**
- **Imigrante latina (principalmente as bolivianas e peruanas)**
- **Moradora em situação de rua**
- **Analfabeta ou analfabeta funcional**

Mortalidade materna

Causas Diretas:

*DHEG

Hemorragias

*Abortos

Infecção

Puerperal

Causas indiretas:

*Cardiopatias

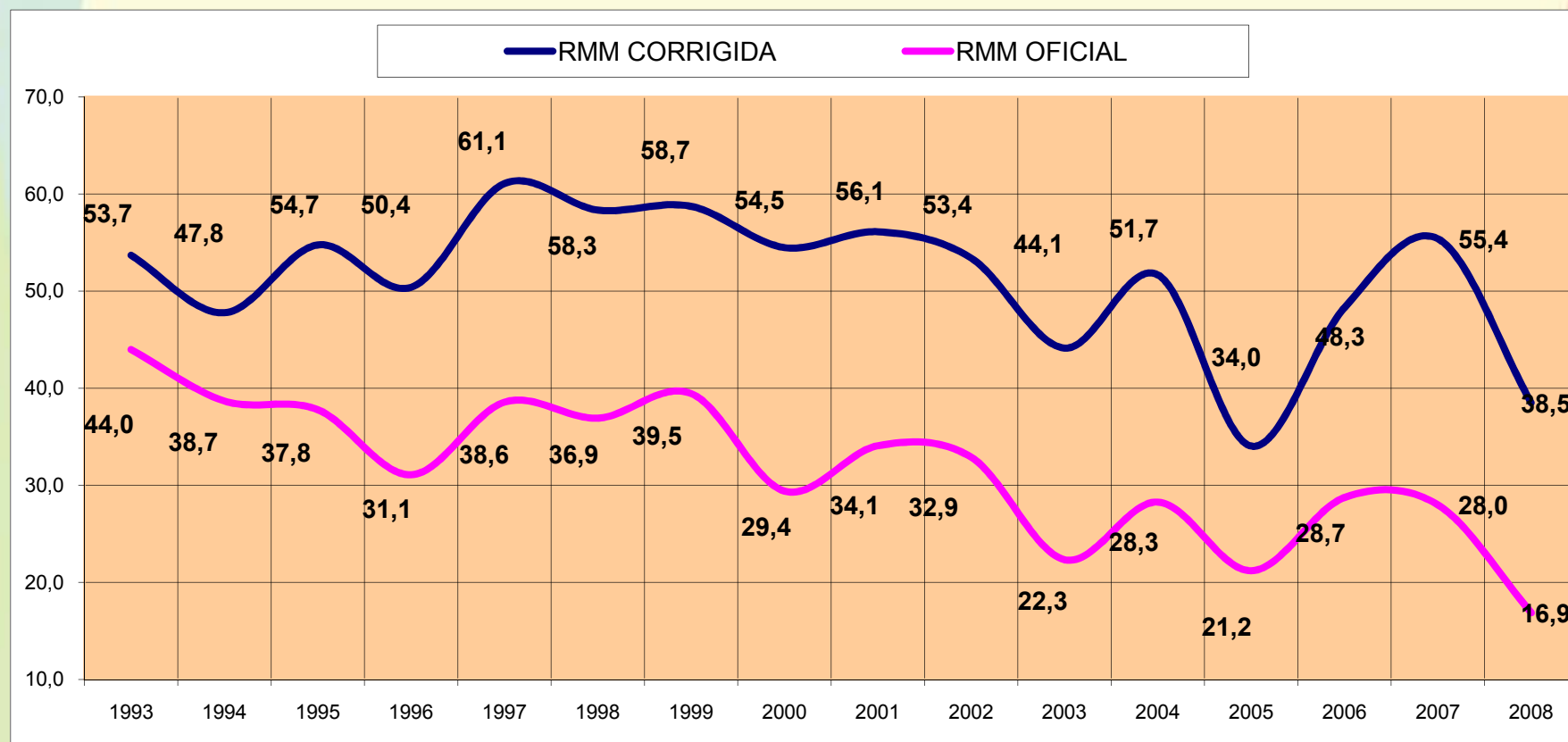
Pneumonias

*Hipertensão Arterial

Embolia Pulmonar

***Causas que sofrerão impacto das ações desenvolvidas na Atenção Básica (Planejamento Reprodutivo e Pré-Natal)**

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA



Mortalidade infantil

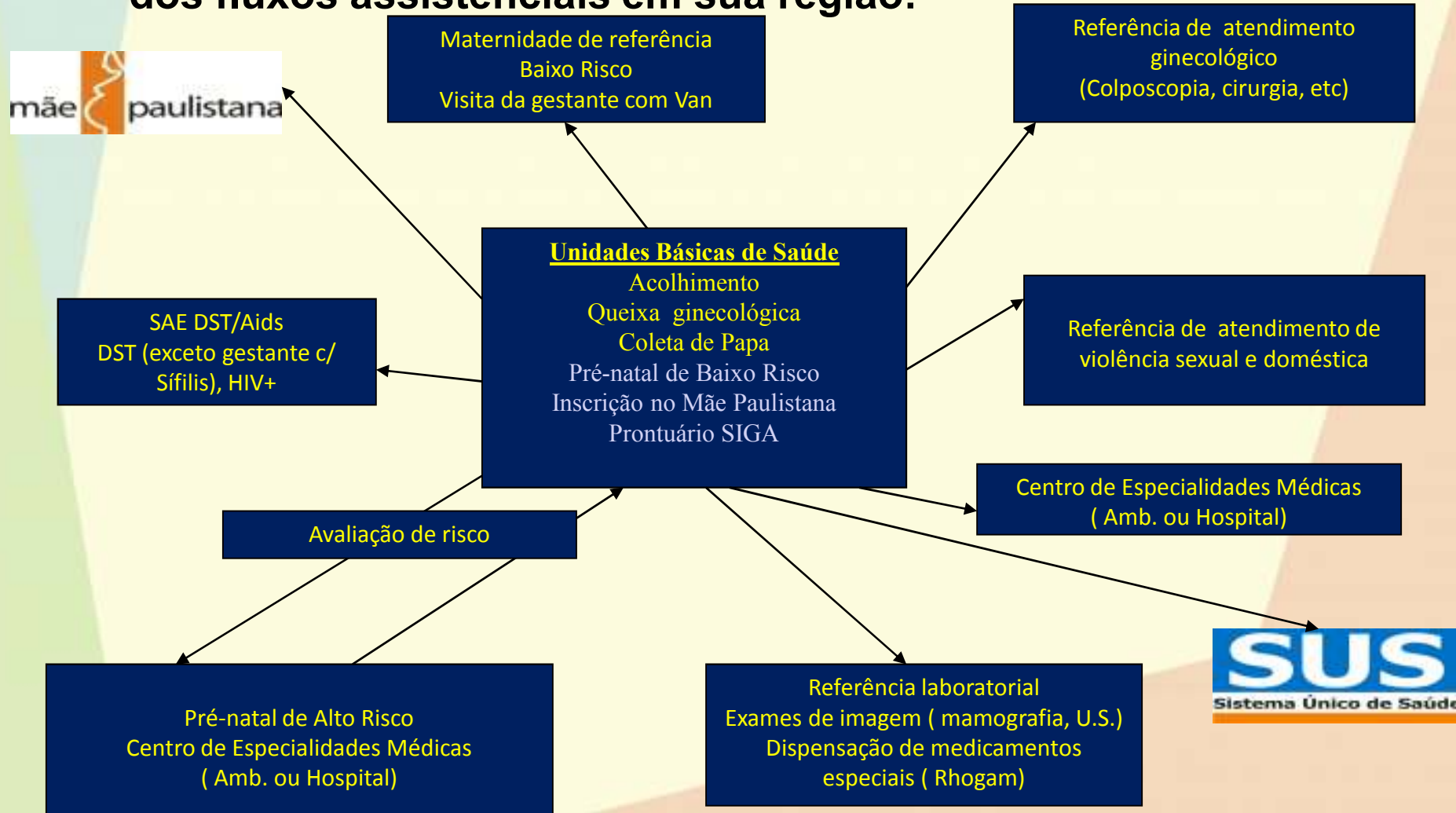
Causas em que abordagem perinatal causarão impacto (componente neonatal):

Sífilis Congênita: Sorologia no **1º e 3º trimestre**, Tratar com **Penicilina** a gestante e **o(s) parceiro(s)**

Sepses precoce por Streptococo grupo B: Coleta de material vaginal e anal para cultura **entre 35 e 37 semanas** de **todas** as gestantes

Prematuridade: Coleta de **Urocultura** nos 3 trimestres (1º,2ºe 3º trimestre)
Encaminhar gestante para Odonto (Doença periodontal pode ser causa de T.P. Prematuro)
Combate ao Tabagismo (15 % nas gestantes)

Equipe de Pré-natal deve ter perfeito conhecimento dos fluxos assistenciais em sua região:



Protocolos da A.T. Saúde da Mulher: Humanização do Pré-Natal e do Parto

OBJETIVOS DO PRÉ-NATAL

- ✓ Promoção de saúde
- ✓ Prevenção ou detecção precoce de afecções
- ✓ Redução da mortalidade materna e infantil
- ✓ Melhor qualidade de vida e Cidadania plena
- ✓ Participação da família (Companheiro, mãe, irmã, etc.)

Pré-natal humanizado



Grupos de gestante

- Dividir em 1º, 2º e 3º trimestres.
- Temas relacionados com o trimestre.
- Promover discussões em grupo, participativas: podem ser veículos para mudança de atitude.

Efeitos dos grupos:

- aumenta autoconfiança;
- aumenta aceitação e adesão aos tratamentos;
- diminui uso de analgésicos;
- promovem maior satisfação com o parto.

Pré-natal humanizado



Atenção baseada em evidências:

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

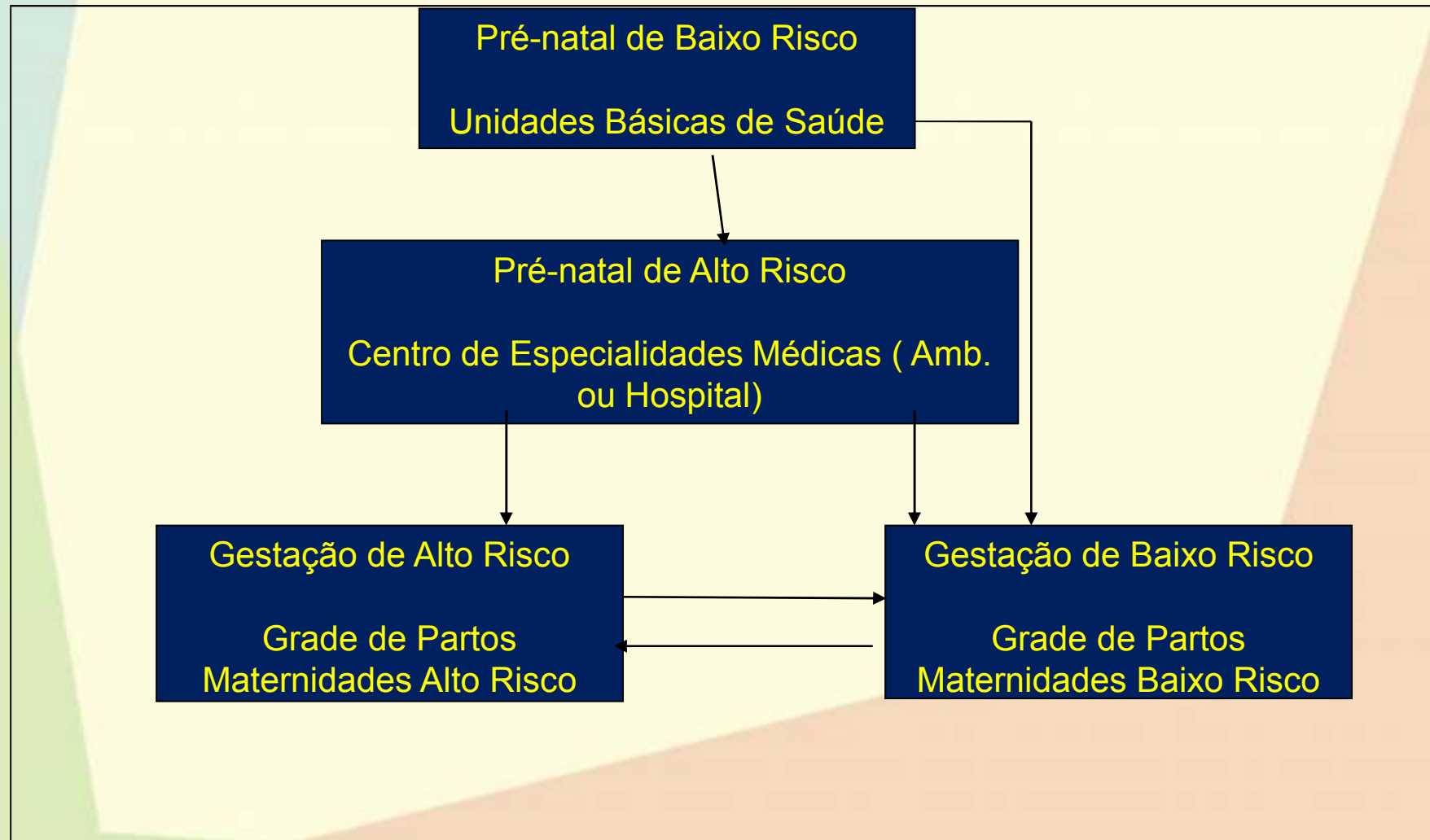
Apoio às gestantes:

“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

Organização da Assistência Pré-Natal



Prontuário de acompanhamento da gestação

- **AValiação de Riscos Gravídicos Potenciais:**
- Idade < 16 anos Idade > 40 anos Estatura < 145 cm Peso < 45 Kg Peso > 90 Kg
- Grande múltipara Abortos Natimorto
- Diabética Hipertensa Tabagista
- Consumo álcool/drogas Baixa Renda Familiar
- Baixa Escolaridade Ocupação oferece risco

Prontuário de acompanhamento da gestação

Quadro de risco gestacional (na presença de qualquer um desses fatores, a assistência deverá ser individualizada ou referenciada para serviços especializados segundo protocolo de encaminhamento do Mãe Paulistana).

Antecedentes Obstétricos - AO	Gestação Atual - GA	História Clínica Geral - HCG
1. Óbito Fetal/Morte Neonatal precoce	1. Gestação múltipla	1. Diabetes Mellito Tipo 1
2. ≥ 3 abortos espontâneos consecutivos	2. < 16 anos	2. Nefropatia
3. Peso último RN <	3. > 40 anos	3. Cardiopatia
4. Peso último RN >	4. Isoimunização Rh c/ Coombs Indireto +	4. Álcool e drogas
5. Internação última gestação por síndromes hipertensivas	5. Hemorragia Vaginal	6. Outras doenças severas. Especifique:
6. Cirurgias prévias: mioma, conização, cerclagem	6. Massa Pélvica	
	7. Pressão Arterial Diastólica ≥ 90 mmHg	

PLANO GERAL DE AÇÃO DO BAIXO RISCO OU RISCO HABITUAL

Por ocasião da primeira consulta:

- Agendamento de todas as visitas
- Consultas mensais até 27 semanas
- Semanais 28 a 32 semanas: **PENSAR EM PRÉ-ECLÂMPSIA**
(Consulta ou medir PA e Peso)
- Quinzenais 32 a 36 semanas
- Semanais até 41 semanas

- ✓ Em nenhuma hipótese existe alta com 36 semanas!
- ✓ Com 41 semanas a paciente será encaminhada para indução

**PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE
ABAIXO DE 34 SEMANAS
FAZER TESTE NA URINA SE HOVER SUSPEITA**



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**
- ✓ **Teste de sobrecarga glicêmica, a partir da 24ª semana, nos casos com fator de risco para Diabetes Gestacional**

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

*Ministério da Saúde

Pré-natal de risco não habitual (médio risco ou risco potencial ou vulnerabilidade social) “NECESSITAM DE OLHAR DIFERENCIADO”

- Gestantes adolescentes < de 16 anos(podem ser referenciadas para Alto Risco)
- Gestantes com peso abaixo de 45 Kg
- Gestantes com altura abaixo de 145 cm
- Gestantes com peso acima de 75 Kg
- Gestante portadora de mioma uterino de grande volume
- Gestaçãõ gemelar (com 2 fetos, exceto as monoamnióticas ou com polidrâmnio ou com gêmeos discordantes e as com 3 ou mais fetos, que serão referenciadas ao Alto Risco)
- Gestantes com idade acima de 40 anos
- Gestante com anemia moderada ou grave (Hb< 9,0 g/dl)
- Grande multípara (5 ou mais partos)
- História pregressa de DST ou HPV
- Situação conjugal insegura ou violência sexual e doméstica
- Moradora em situação de rua
- Analfabeta ou analfabeta funcional
- Risco ocupacional

QUEIXAS MAIS FREQUENTES 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 diabete 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.

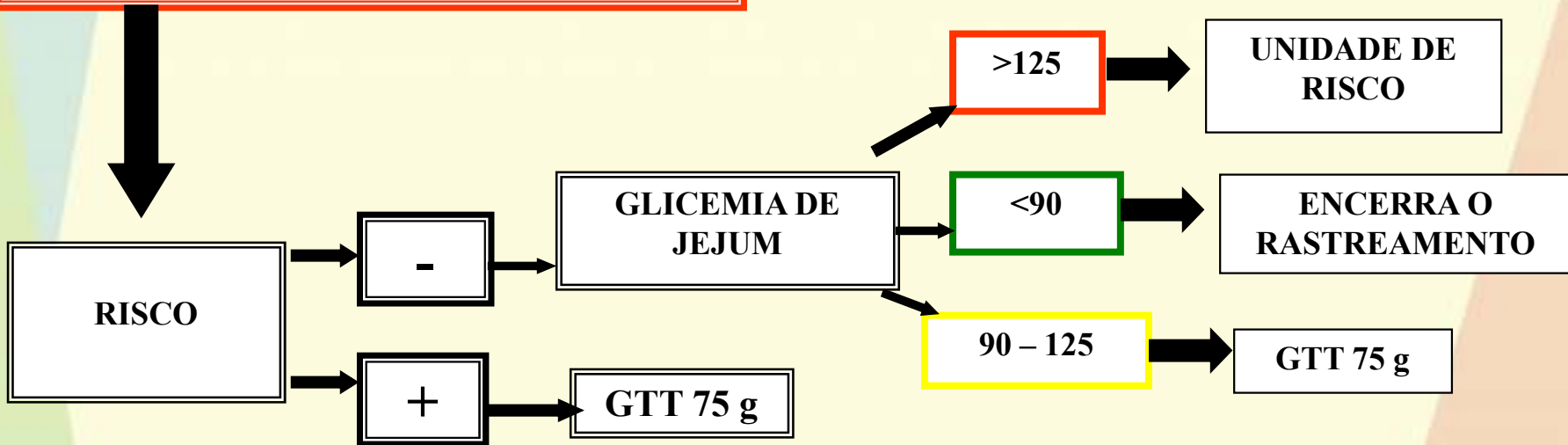
GTT 2 horas após ingestão 75 g de glicose

NORMAL: até 139,0 mg/dl

DIABETE: 140,0 ou mais

DIABETE MELITO NA GESTAÇÃO

RASTREAMENTO COM 24 A 28 SEMANAS

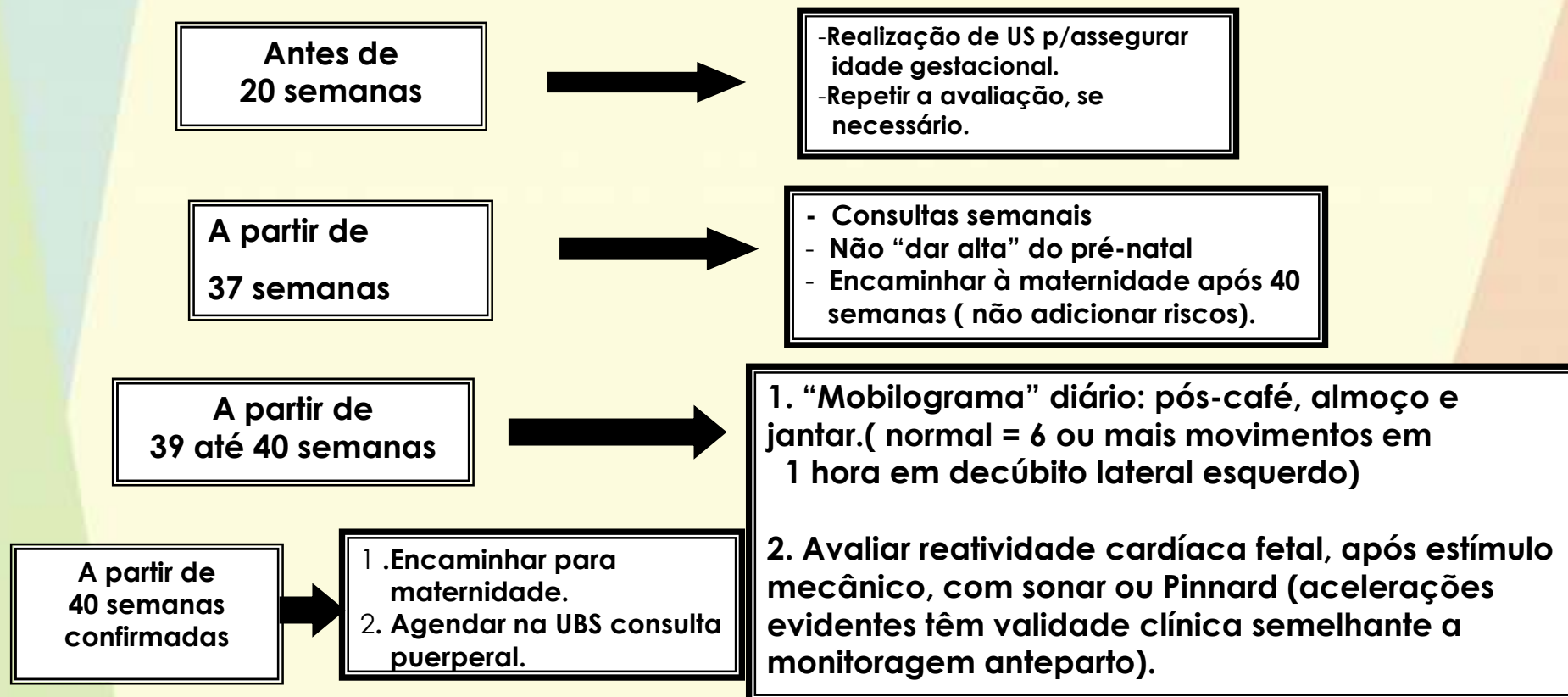


OBSERVAÇÕES
Quando o início do pré-natal ocorre em idade gestacional maior que 22 semanas, utilizar o rastreamento sugerido para 24 – 28 semanas.

GESTAÇÃO PROLONGADA



Conduta no pré-natal



Revisões sistemáticas e trabalhos de meta-análise concluem que a indução do parto após 41 semanas de gestação é estratégia eficaz na redução de taxas de cesárea e parece reduzir a mortalidade perinatal



MOBILOGRAMA FETAL ENTRE 39 E 40 SEMANAS

NOME DA GESTANTE: _____

UBS: _____

Idade gestacional	Após café da manhã – 1 hora	Após almoço 1 hora	Após jantar 1 hora	Observação
39 semanas Dia:				
39 e 1 dia Dia:				
39 e 2 dias Dia:				
39 e 3 dias Dia:				
39 e 4 dias Dia:				
39 e 5 dias Dia:				
39 e 6 dias Dia:				
40 semanas Dia:				Procurar Maternidade
40 semanas	= 6 movimentos	= 6 movimentos	= 6 movimentos	Procurar Maternidade amanhã

Exemplo:

PRÉ-ECLÂMPSIA - ECLÂMPSIA



PREVENÇÃO



iniciando ao redor de 12 semanas até 35 semanas

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

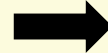
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

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?**
Teste com fita na
UBS: + ou mais



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 PRÉ-NATAL DE RISCO QUANDO:

- PAD maior ou igual a 110 mmHg (se tiver sintomas, encaminhar p/ P.S.)
- Antecedentes obstétricos como:
 - prematuridade
 - restrição de crescimento fetal
 - descolamento prematuro da placenta
 - internações por emergência hipertensiva e/ou eclâmpsia
 - morte perinatal.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA



ENCAMINHAR PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

ABORDAGEM INICIAL:

- 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.

EM FINAL DE GRAVIDEZ (INÍCIO TARDIO DE PRÉ-NATAL OU OUTRA RAZÃO):

- 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 MATERNIDADE de risco após 38 semanas ou diante de alguma suspeita clínica.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA



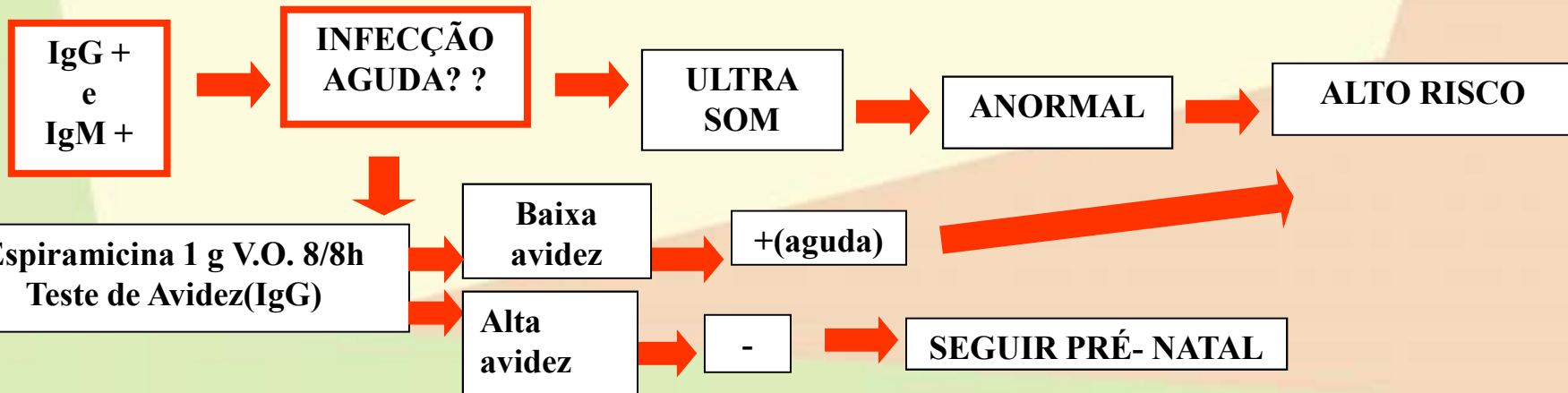
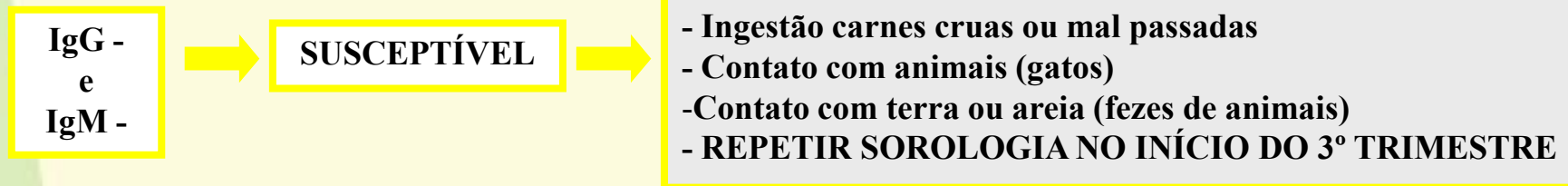
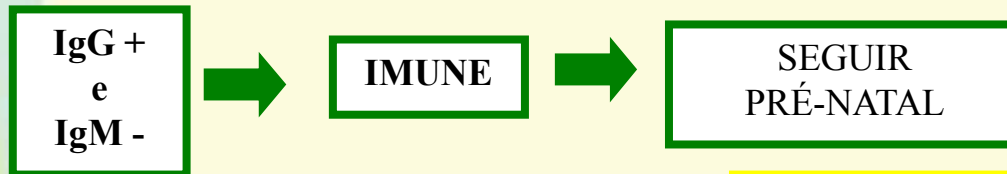
CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA SOBREPOSIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPsia

- DIANTE DE SUSPEITA CLÍNICA: ENCAMINHAR PARA MATERNIDADE DE 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.

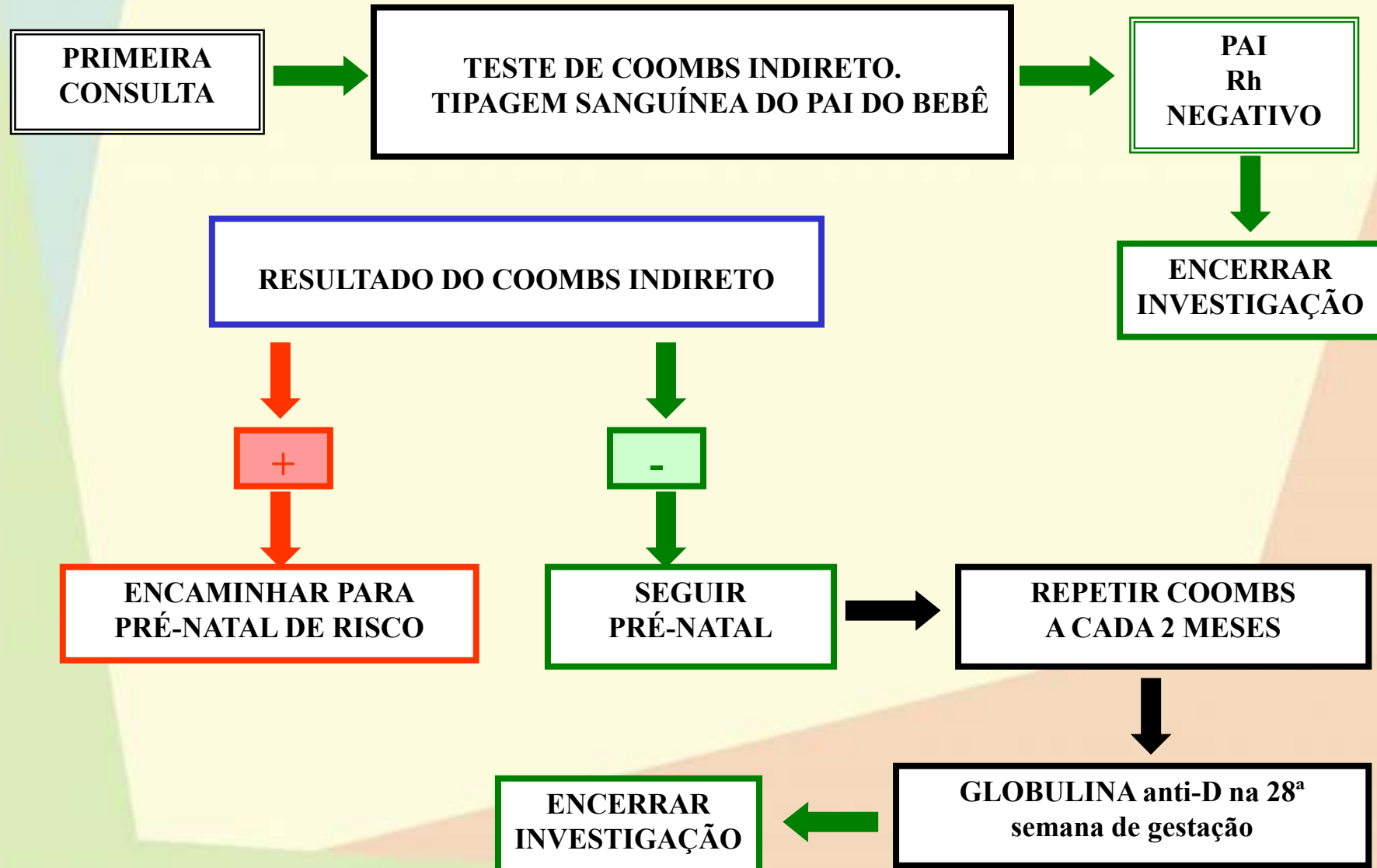
TOXOPLASMOSE

- 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)



GESTANTES Rh NEGATIVO



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

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)



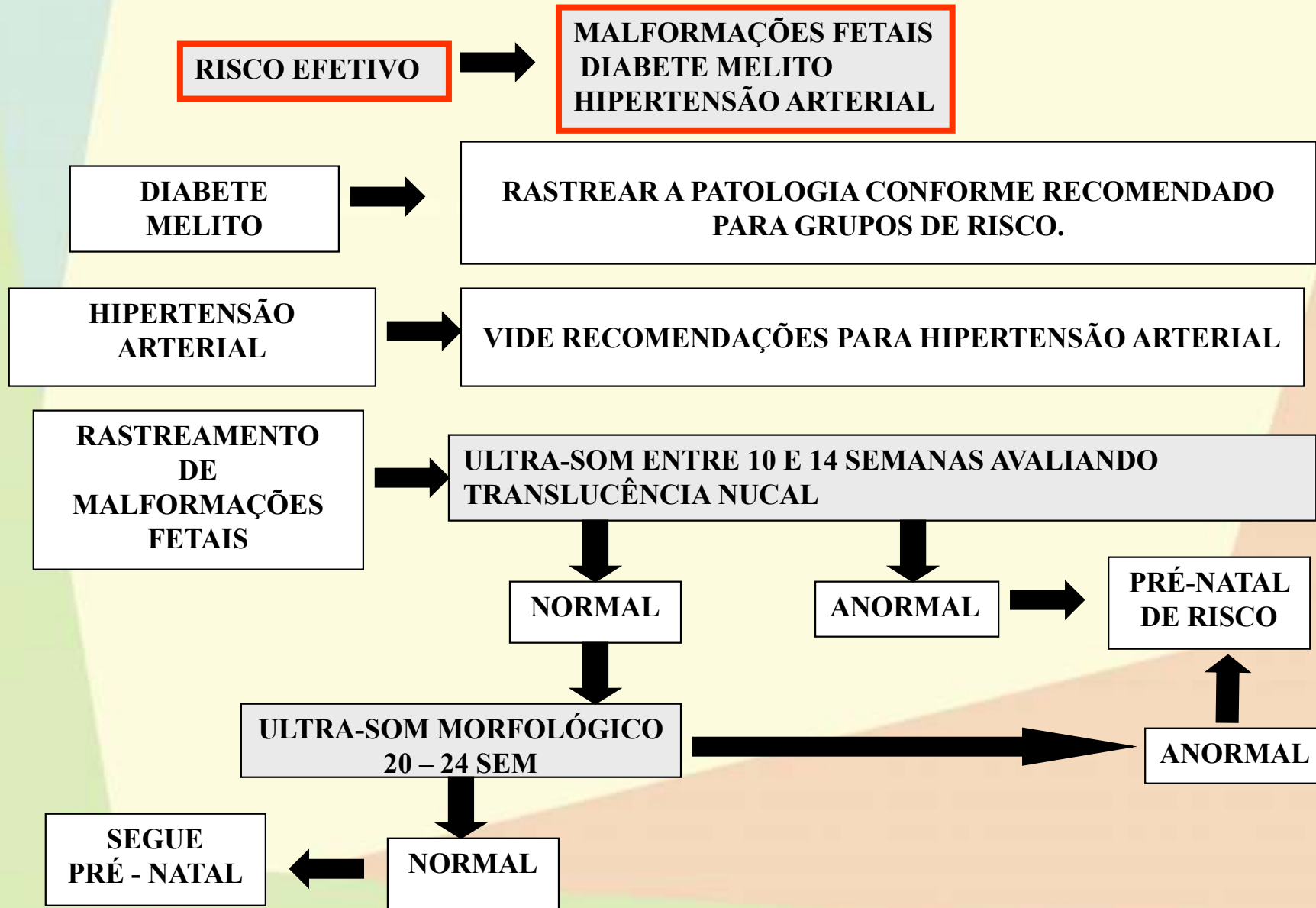
1. Encaminhar para unidades de risco.
2. As doses utilizadas dos medicamentos **devem ser mantidas.**



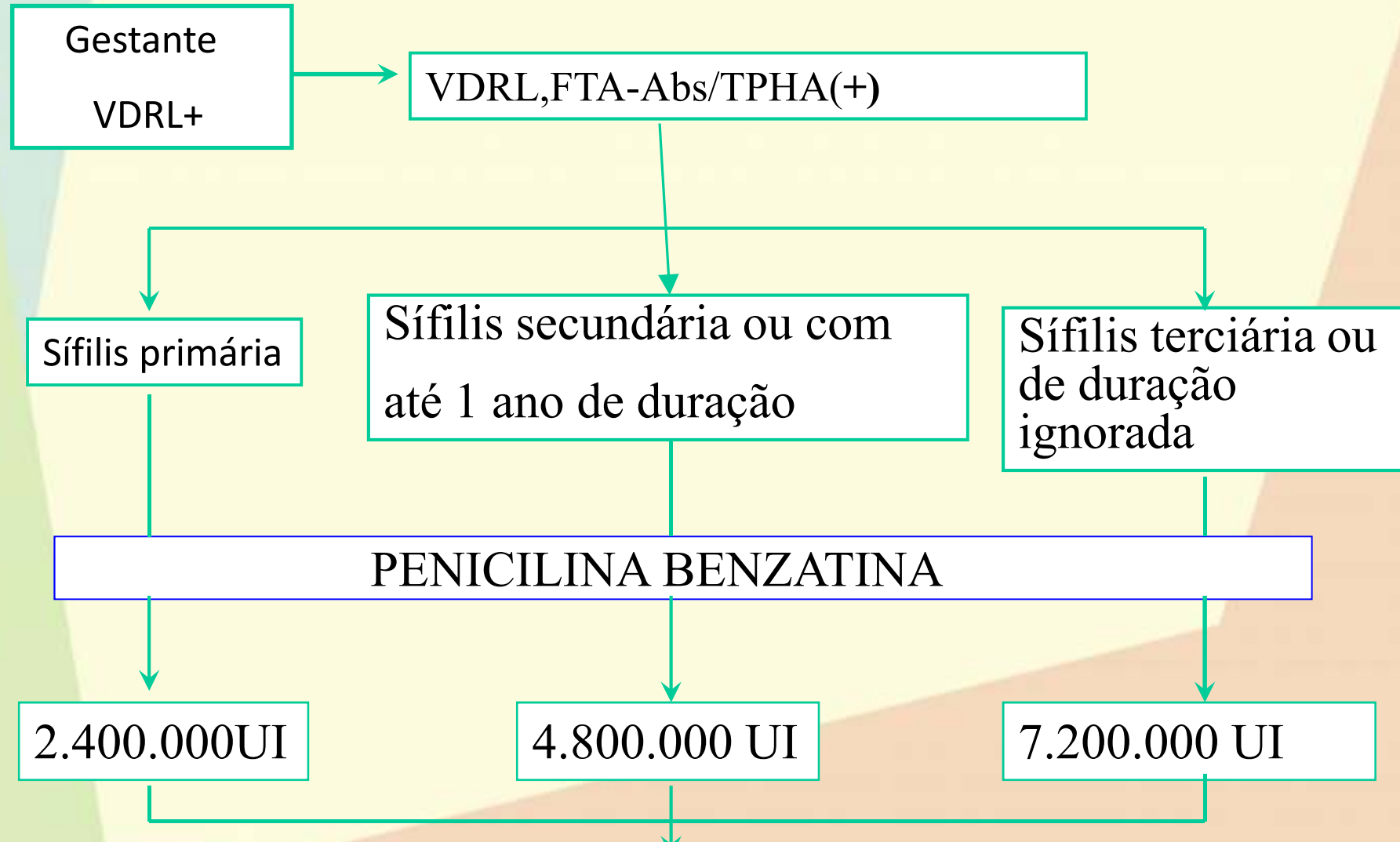
HIPOTIREOIDISMO

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

GESTAÇÃO EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS



SÍFILIS - Tratamento



TRATAR O(S) PARCEIRO(S) E ORIENTAR USO DE PRESERVATIVO

- **Rede de Proteção à Mãe Paulistana:**
Tel:3059-1422
- **Área Técnica de Saúde da Mulher**
Tel: 3397-2226
e-mail: jmcastro@prefeitura.sp.gov.br
saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br