



# PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

FÓRUM DE FISCALIZAÇÃO

SÃO SEBASTIÃO AL

# PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL:

Como Conduzir.

- Critérios para encaminhamento ao pré-natal de alto risco.

Gilza Maria Soares Bulhões Calheiros

Médica Ginecologista / Obstetra. Rqe 515

Conselheira CREMAL

Declaro que não tenho nenhum conflito de interesse  
nesta apresentação.



## **Aconselhamento Pré – Concepcional: Objetivos**

- **Iniciar tão logo a mulher manifeste desejo de engravidar;**
- **Orientar o melhor momento de iniciar um período gravídico;**
- **Esclarecer suas dúvidas e de seus parceiros(as);**
- **Minimizar riscos de malformações congênitas, induzida por algum medicamento que faça uso;**



- **Evitar medicações teratogênicas, discutir hábitos, dieta, sedentarismo,**
- **Educar a gestante para um estilo de vida saudável( não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas)**
  - **Iniciar ácido fólico;**
  - **Avaliação do estado vacinal da mulher;**



# I – Ácido Fólico/Folatos



- **Folatos:** vitamina B solúvel em água / ácido fólico e a forma sintética;
- 400  $\mu\text{g}$  de 5-metiltetrahydrofolato (5-MTHF), reduziu a ocorrência de DTN em 93% ;
- **TODAS** as mulheres com potencial para engravidar, e não apenas àquelas que estão tentando engravidar, recebam suplemento diário de ácido fólico;
- O fechamento do tubo neural ocorre 26 a 28 dias após a concepção ( por volta da 6ª semana);

# POSOLOGIA DO ÁCIDO FÓLICO: RECOMENDAÇÃO

**Pacientes de risco habitual**



**Gravidez ou potencial para gravidez**

**400  $\mu$ g/dia**

Iniciar pelo menos 1 a 2 meses antes da concepção até 12 semanas. Continuar a suplementação através de vitaminas prescritas no pré-natal. **Nas pacientes de alto risco, iniciar 3 meses antes.**

**OMS, CDC e ACOG, SOGC. Brasil -MS 0,4mg ou 400  $\mu$ g/dia**

## POSOLOGIA DO ÁCIDO FÓLICO: RECOMENDAÇÃO

### Pacientes de risco moderado

1 mg

- História familiar de DTN em parentes de 1º ou 2º grau;
- História pessoal ou familiar de anomalia congênita sensível ao folato diferente de DTN;
  - Diabetes tipo I ou II ;
  - Má absorção gastrointestinal materna

Iniciar pelo menos 1 a 2 meses antes da concepção até 12 semanas. Continuar a suplementação através de vitaminas prescritas no pré-natal. **Nas pacientes de alto risco, iniciar 3 meses antes.**

OMS, CDC e ACOG, SOGC. Brasil -MS 0,4mg ou 400µg  
/dia

## POSOLOGIA DO ÁCIDO FÓLICO: RECOMENDAÇÃO

**Pacientes de alto risco para defeitos do tubo neural**

**Anencefalia  
Espinha bífidas  
Meningomielocele**

4 a 5 mg

Iniciar pelo menos 1 a 2 meses antes da concepção até 12 semanas. Continuar a suplementação através de vitaminas prescritas no pré-natal. **Nas pacientes de alto risco, iniciar 3 meses antes.**

# Objetivos do Pré-natal

## 1- Identificação de Risco:

- Identificar gestantes com fatores de risco para desfechos desfavoráveis: (ex: diabetes, hipertensão arterial sistêmica - HAS, prematuridade).
- Encaminhar casos de alto risco para centros terciários.



# Objetivos do pré-natal

## **2- Prevenção:**

- Prevenir agravos comuns ao binômio materno-fetal (ex: transmissão vertical de infecções, outras complicações).

## **3- Diagnóstico e Tratamento:**

- Diagnosticar e tratar intercorrências clínicas obstétricas.



# Definição e Importância do Pré-Natal



- Conjunto de medidas e protocolos de conduta com o objetivo de assegurar um bom desfecho materno-fetal.
- Deve ter início tão logo haja probabilidade razoável de gravidez.
- Aproximadamente 90% das gestações evoluem sem maiores complicações, sendo classificadas como de risco habitual ou baixo risco.

# A N A M N E S E



# ANTECEDENTES PESSOAIS

- Idade , profissão, doenças pregressas e atuais;
- Cirurgias anteriores, especialmente ginecológicas;
- **Uso de medicamentos, hábitos nocivos à saúde ( tabagismo, etilismo e ou drogas ilícitas)**



# ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Gesta, para, aborto;
- Tipos de partos;
- Partos a termo, pré-termo e pós-termo e intervalo;
- Em casos de aborto ou óbito fetal, questionar sobre malformação do tubo neural;
- Idade da primeira gestação;
- Tempo da última gestação;
- Intercorrências nas gestações e parto anteriores;

# ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E SEXUAIS

- Menarca, ciclo menstrual,
- Cirurgias ginecológicas
- Data e resultado da última citologia;
- Antecedentes de ISTs;
- Tratamento anterior para sífilis;
- Número de parcerias sexuais nos últimos 12 meses;
- Idade da sexarca.

# ANTECEDENTES FAMILIARES

- ❖ **Hipertensão arterial;**
- ❖ **Diabetes e /ou outros transtornos endócrinos ;**
- ❖ **Doenças autoimunes;**

- ❖ **Cardiopatas;**
- ❖ **Parentes de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia/eclâmpsia e gemelaridade;**
- ❖ **Doenças genéticas e hereditárias.**

## Recomendações para ganho de peso total e taxa para gestações únicas por IMC pré-gestacional

O ganho de peso recomendado é maior para pessoas com gestações múltiplas.

| IMC pré-gravidez                                 | Ganho de peso total |                 | Taxas de ganho de peso* segundo e terceiro trimestre |                                |
|--------------------------------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                  | Faixa em kg         | Faixa em libras | Média (intervalo) em kg/semana                       | Média (intervalo) em lb/semana |
| Baixo peso ( $<18,5$ kg/m <sup>2</sup> )         | 12,5 a 18           | 28 a 40         | 0,51 (0,44 a 0,58)                                   | 1 (1 a 1,3)                    |
| Peso normal (18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup> )     | 11,5 a 16           | 25 a 35         | 0,42 (0,35 a 0,50)                                   | 1 (0,8 a 1)                    |
| Excesso de peso (25,0 a 29,9 kg/m <sup>2</sup> ) | 7 a 11,5            | 15 a 25         | 0,28 (0,23 a 0,33)                                   | 0,6 (0,5 a 0,7)                |
| Obeso ( $\geq 30,0$ kg/m <sup>2</sup> )          | 5 a 9               | 11 a 20         | 0,22 (0,17 a 0,27)                                   | 0,5 (0,4 a 0,6)                |

# **Critérios para Encaminhamento ao Pré-natal de Alto Risco**

# I - Condições Maternas Preexistente

## I.1 - Doenças Crônicas

- **Hipertensão Arterial Crônica;**
- **Diabetes Mellitus (pré-gestacional);**
- **Doenças Renais Crônicas;**
- **Cardiopatias; Tireoidopatias**
- **Doenças Autoimunes;**
- **Doenças Hematológicas**

- ☐ **Idade materna** ( extremos de vida reprodutiva)
- ☐ **Obesidade** (  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$  pré-gestacional)

## **2. Condições Obstétricas Atuais**

- **Hipertensão Arterial na Gestação:**
  - **Hipertensão Gestacional:**
  - **Pré-eclâmpsia:**
  - **Eclâmpsia:**
  - **Síndrome HELLP:**
- **Diabetes Gestacional (não controlada)**

- **Sangramento Vaginal:**
- **Ruptura Prematura de Membranas:.**
- **Trabalho de Parto Prematuro (ameaça ou em curso;):**
  - **Gestação Múltipla:**
  - **Oligodrâmnia ou Polidrâmnia;**
  - **Restrição de Crescimento Fetal (RCF);**
    - **Isoimunização**

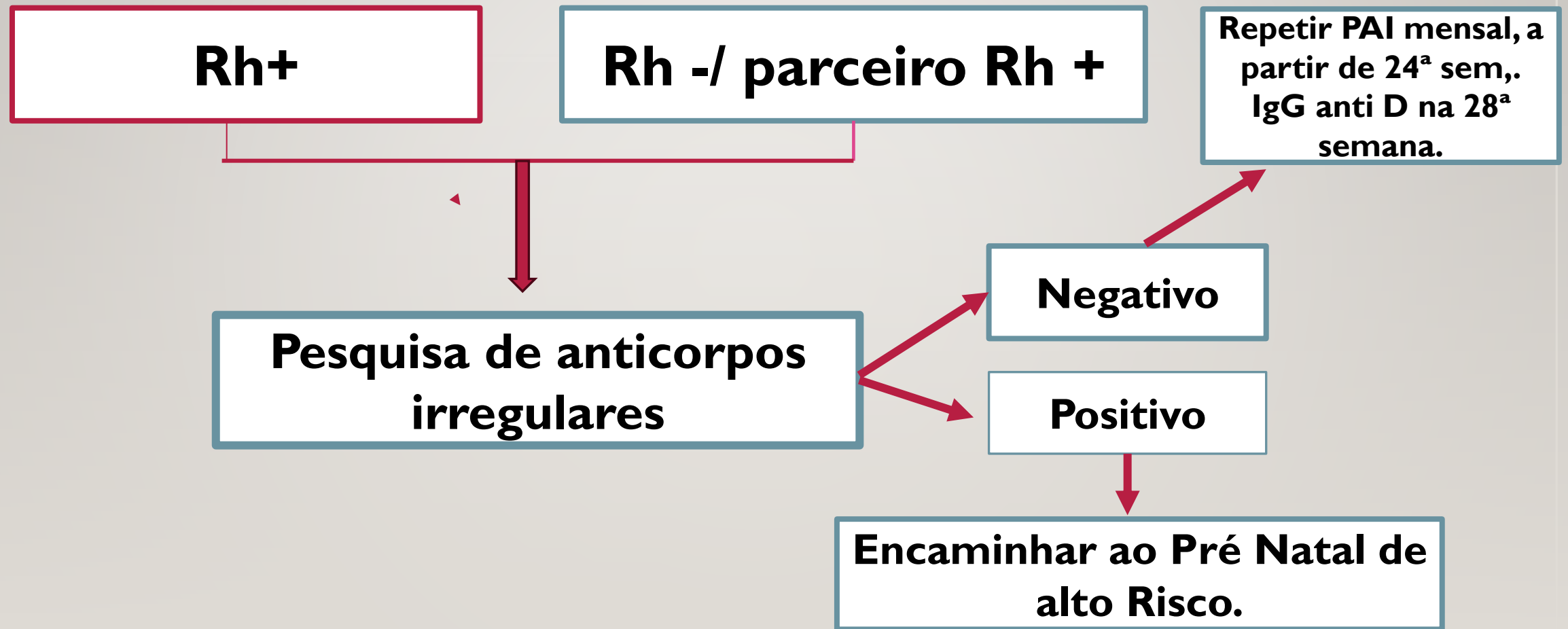


- **História Obstétrica Desfavorável:**

- Óbito fetal anterior.
- Abortamento de repetição ( $\geq 3$  abortamentos).
- Recém-nascido com malformação congênita anterior.
- Cirurgia uterina prévia.
- Parto prematuro anterior.



- Tipagem sanguínea e fator Rh (A)



**T  
O  
X  
O  
P  
L  
A  
M  
O  
S  
E**

**Quem  
rastrear?**

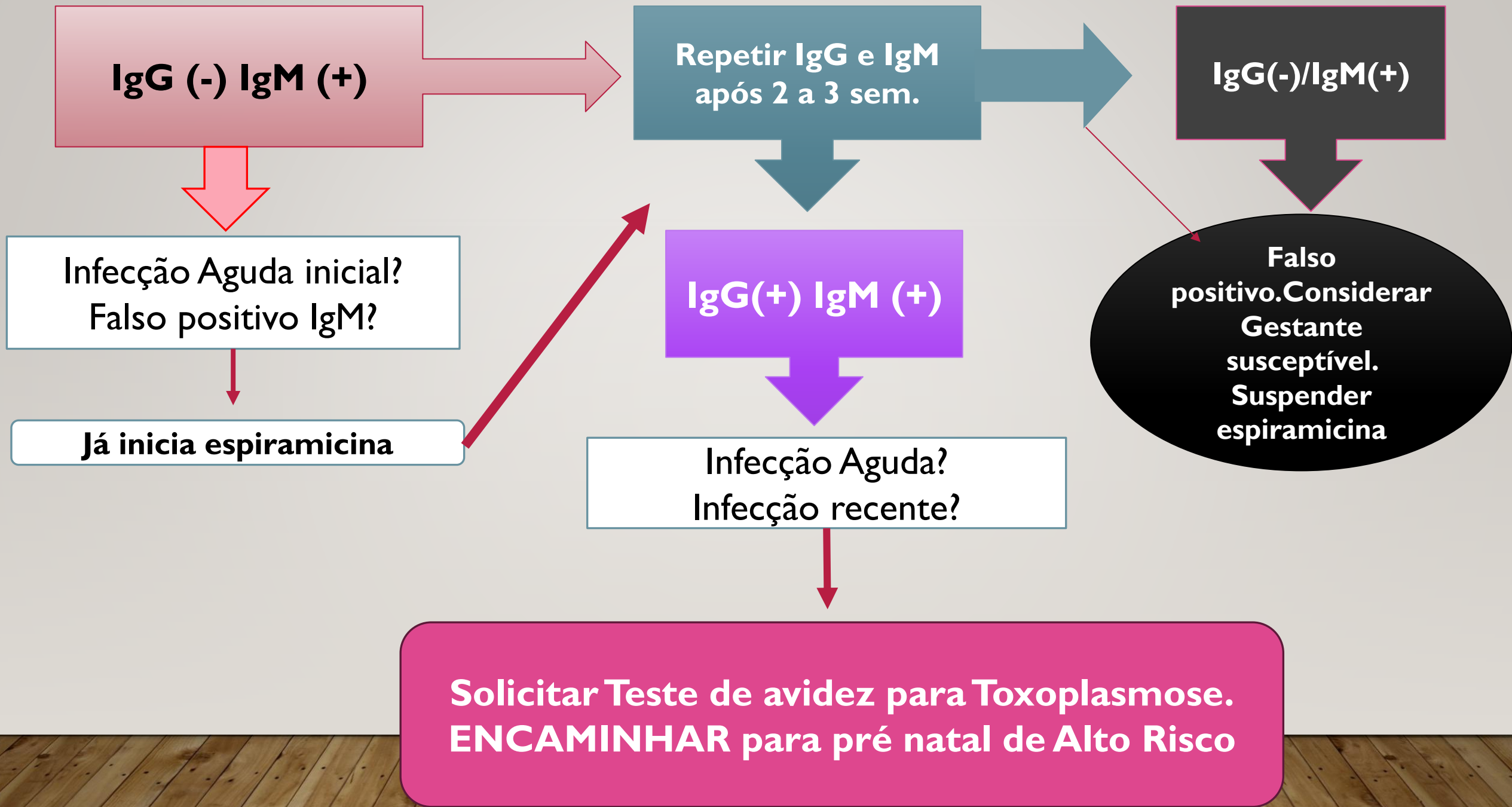
**Todas as gestantes.  
MS 2010**

**Quando  
Rastrear?**

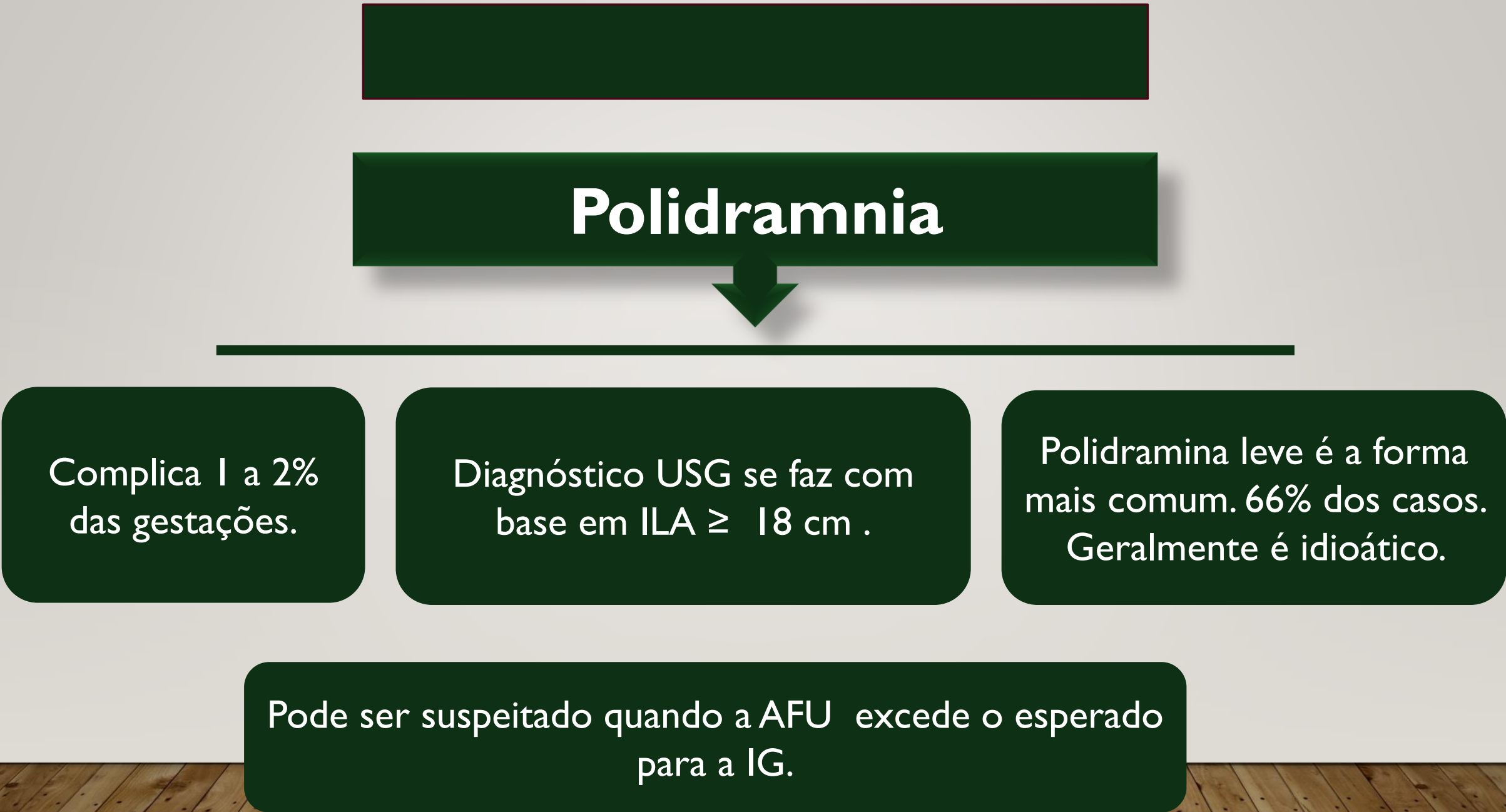
- 1ª consulta pré natal;**
- **IgG (+)/ IgM( -) : previamente infectada;**
  - **IgG (-)/IgM(-): susceptível.**
    - ✓ Devem ser orientadas as medidas de prevenção
    - ✓ Repetir trimestralmente

**Como  
rastrear?**

**Sorologia IgG/ IgM**



# Polidramnia



```
graph TD; A[Polidramnia] --> B[Complica 1 a 2% das gestações.]; A --> C[Diagnóstico USG se faz com base em ILA ≥ 18 cm.]; A --> D[Polidramina leve é a forma mais comum. 66% dos casos. Geralmente é idioático.]; A --> E[Pode ser suspeitado quando a AFU excede o esperado para a IG.];
```

The diagram features a central title box 'Polidramnia' with a downward arrow pointing to a horizontal line. Below this line are four boxes: three in a row (left, center, right) and one centered below them. The background is light gray, and the bottom of the image shows a wooden floor texture.

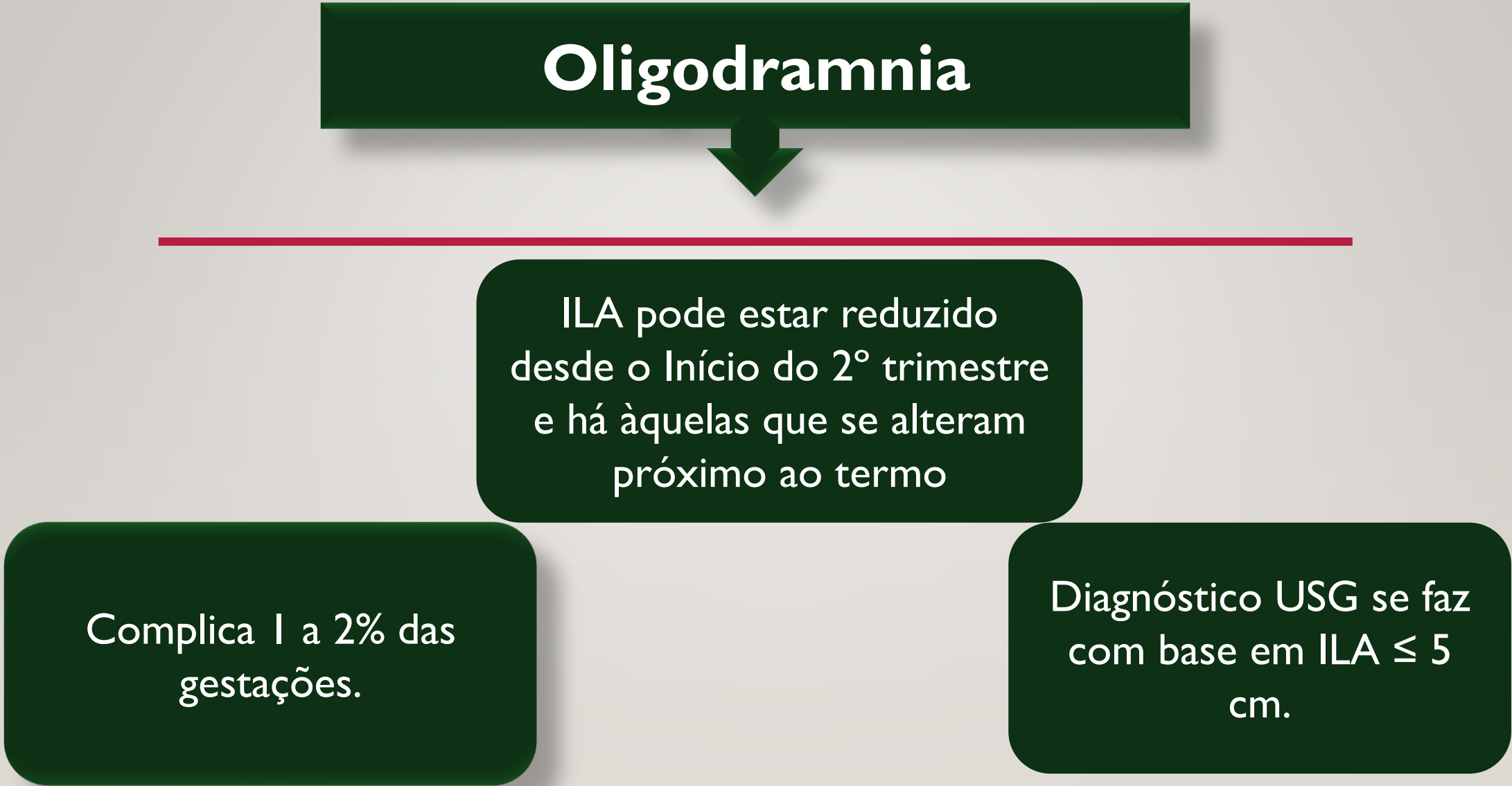
Complica 1 a 2% das gestações.

Diagnóstico USG se faz com base em ILA  $\geq$  18 cm .

Polidramina leve é a forma mais comum. 66% dos casos. Geralmente é idioático.

Pode ser suspeitado quando a AFU excede o esperado para a IG.

# Oligodramnia



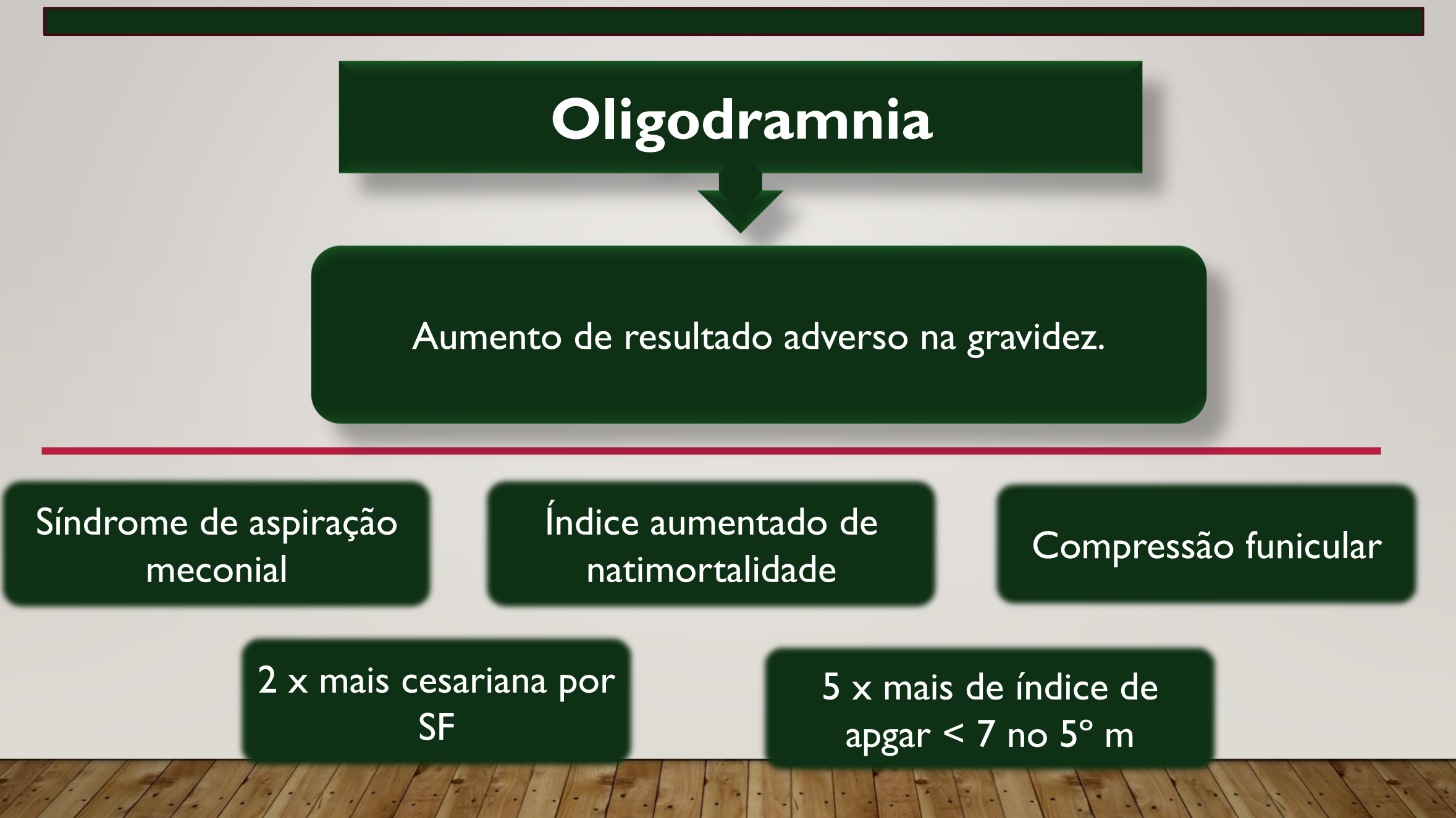
```
graph TD; A[Oligodramnia] --> B[ILA pode estar reduzido desde o Início do 2º trimestre e há àquelas que se alteram próximo ao termo]; B --> C[Complica 1 a 2% das gestações.]; B --> D[Diagnóstico USG se faz com base em ILA ≤ 5 cm.];
```

ILA pode estar reduzido desde o Início do 2º trimestre e há àquelas que se alteram próximo ao termo

Complica 1 a 2% das gestações.

Diagnóstico USG se faz com base em  $ILA \leq 5$  cm.

# Oligodramnia



```
graph TD; A[Oligodramnia] --> B[Aumento de resultado adverso na gravidez.]; B --> C[Síndrome de aspiração meconial]; B --> D[Índice aumentado de natimortalidade]; B --> E[Compressão funicular]; C --> F[2 x mais cesariana por SF]; D --> G[5 x mais de índice de apgar < 7 no 5º m];
```

Aumento de resultado adverso na gravidez.

Síndrome de aspiração  
meconial

Índice aumentado de  
natimortalidade

Compressão funicular

2 x mais cesariana por  
SF

5 x mais de índice de  
apgar < 7 no 5º m

# PRÉ-ECLÂMPسيا

---

- Síndrome , classicamente diagnosticada pela presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, que se manifesta em gestantes previamente normotensas, após a 20ª semana de gestação.
- Considera-se Pré-Eclâmpsia quando, na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgãos alvos.

- Complica de 3 a 12% das gestações;
- Prevalência variável a depender da região;
- Maior nas regiões de renda mais desfavorecida.

BRASIL: 1,5 a 7% de todas as gestações

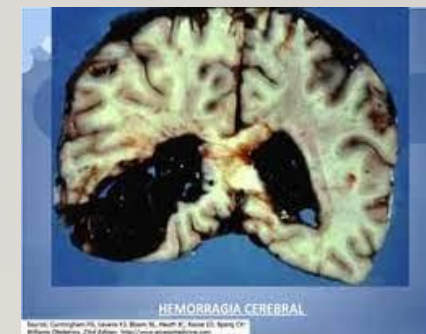
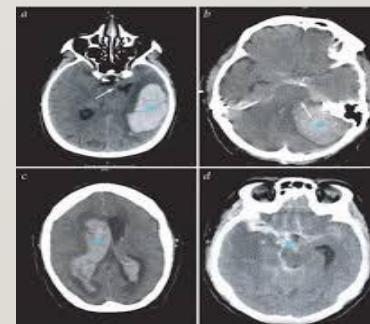
Grande impacto em morbidade e mortalidade materna e perinatal

Mundo: 2ª causa morte materna

Principal causa no Brasil

21%

As complicações maternas incluem eclâmpsia, acidente vascular cerebral e danos hepáticos e renais



# PRÉ-ECLÂPSIA

Multifatorial

Multissistêmica

Progressiva

## Pré-eclâmpsia – uma síndrome com diferentes fenótipos.

### ■ HIPERTENSÃO

PAS  $\geq$  140 e ou PAD  $\geq$  90 mmHg , aferidas em duas ocasiões. Com intervalo  $\geq$  4 horas, após 20 semanas de gestação.

### ■ PROTEINÚRIA

**Relação P/C  $\geq$  0,3 mg /dl ou 300 mg/24 h ou  $\geq$  1+ em fita reagente**

## DIAGNÓSTICO POR LESÃO DE ÓRGÃO -ALVO

| Na ausência de proteinúria                 | Surgimento de Hipertensão associada a pelo menos um dos seguintes:                                                                                    |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trombocitopenia                            | Contagem plaquetária $\leq 150.000$                                                                                                                   |
| Comprometimento Hepático                   | Elevação de Transaminases ( TGO ) $\geq 40$ u/l                                                                                                       |
| Comprometimento renal                      | Elevação de creatinina sérica $\geq 1,0$ mg/dl                                                                                                        |
| Edema pulmonar                             | Dispnéia, sibilos, estertores creptantes e subcreptantes, palidez, sudorese fria, cianos de extremidades, ansiedade, confusão mental, secreção rosada |
| Sinal e/ou sintomas de Lesão em órgão-alvo | Cefaléia ou escotomas ou epigastralgia ou dor intensa em Hipocôndrio Direito                                                                          |
| Comprometimento fetal                      | Insuficiência placentária/ Restrição de crescimento fetal                                                                                             |

| RISCO    | FATOR DE RISCO                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALTO     | História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos                                                                                                                                                                     |
|          | Gestação múltipla                                                                                                                                                                                                                               |
|          | Obesidade (IMC > 30)                                                                                                                                                                                                                            |
|          | Hipertensão arterial crônica                                                                                                                                                                                                                    |
|          | Diabetes tipo 1 ou 2                                                                                                                                                                                                                            |
|          | Doença renal                                                                                                                                                                                                                                    |
|          | Doenças autoimunes (Ex: LES, síndrome antifosfolípide)                                                                                                                                                                                          |
|          | Gestação decorrente de reprodução assistida (FIV)                                                                                                                                                                                               |
| MODERADO | Nuliparidade / História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmãs)                                                                                                                                                                              |
|          | Condição sócio –econômica desfavorável                                                                                                                                                                                                          |
|          | Raça/cor: preta ou parda / Idade ≥ 35 anos<br>Intervalo >10 anos desde a última gestação                                                                                                                                                        |
|          | Gravidez previa com desfecho adverso relacionados a disfunção placentária: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descolamento prematuro de placenta</li> <li>• RCIU</li> <li>• Trabalho de parto prematuro</li> <li>• Óbito Fetal</li> </ul> |
|          |                                                                                                                                                                                                                                                 |

## FATORES DE PREDIÇÃO

1 fator de risco alto  
OU  
2 ou mais fatores de  
risco moderado



**NECESSIDADE DE  
PROFILAXIA PARA  
PRÉ-ECLÂMPسيا**

FEBRASGO 2019  
RBEHG 2025  
ACOG N°202 2019

# ***ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPSIA***

---

- **Métodos comportamentais:**
  - **Atividade Física supervisionada**
- **Métodos Farmacológicos:**
  - **AAS**
  - **Cálcio**



## **Antiagregantes plaquetários para prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações**

• **Lelia Duley, Shireen Meher, Kylie E Hunter, Anna Lene Seidler, Lisa M Askie.**

Versão publicada: 30 de outubro de 2019

**<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004659.pub3>**

**Revisão sistemática:  
36 estudos envolvendo 34.514  
mulheres gestantes;  
Todas recrutadas após 12 semanas**

**Interfere na relação prostaciclina/ tromboxano, melhorando a  
agregação plaquetária**

**A maioria dos ensaios utilizou dosagens de 100 mg/d, iniciado entre 11-14  
semanas, 1 x dia. Interromper na 36ª semana.**

**O uso de antiagregantes plaquetários reduziu o risco de pré-eclâmpsia com  
proteinúria em 18% (36.716 mulheres, 60 estudos, RR 0,82, IC 95% 0,77 a 0,88;  
Evidência de alta qualidade**



## Suplementação de cálcio durante a gravidez para prevenir distúrbios hipertensivos e problemas relacionados

G Justus Hofmeyr, Theresa A Lawrie, Álvaro N Atallah, Maria Regina Torloni

Versão publicada: 01 de outubro de 2018

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001059.pub5>

**Revisão sistemática**  
**13 estudos – 15.730 mulheres**  
**Cálcio em doses entre 1.000 e**  
**1500 mg/ dia**  
**Redução do risco de pré**  
**eclâmpsia**

**Redução geral do risco de**  
**pré eclâmpsia em 55% ,**  
**podendo chegar a 78% no**  
**grupo de alto risco**

**Recomenda-se a suplementação**  
**do cálcio elementar na dose de**  
**1,5 a 2g/dia – OMS 2013**

**Mecanismo de ação ainda não muito bem claros.**  
**Presume-se que  $\text{Ca}^{++}$  atue na liberação do PTH reduzindo a secreção de**  
**renina e a permeabilidade glomerular e diminuição da liberação**  
**biomarcadores da função renal – uréia, creatinina e proteinúria.**

# DIABETE MELLITUS GESTACIONAL

---



# IMPORTÂNCIA DA HIPERGLICEMIA NA GESTAÇÃO

- Alteração metabólica mais comum na gestação - DMG
- A prevalência tem aumentado ao longo do tempo:
  - Provavelmente devido ao aumento da idade média materna e do IMC (particularmente devido ao aumento da obesidade)
  - Práticas e métodos de rastreio mais sensíveis



# DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

- **Definido como qualquer grau de intolerância à glicose ;**
- **De início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez.;**
- **Distingui-se do diabetes mellitus (DM) pré-gestacional por não preencher os critérios diagnósticos estabelecidos.**



# Classificação da hiperglicemia na gestação em mulheres sem DM conhecido

Início do Pré-Natal < 20 semanas

Início do Pré-Natal  
20-28 semanas

Início do Pré-Natal  
> 28 semanas

Glicemia de jejum (mg/dL)

TOTG > 24 semanas

TOTG

≥126

92-125

<92

Diabetes  
diagnosticado  
na gestação  
"Overt Diabetes"

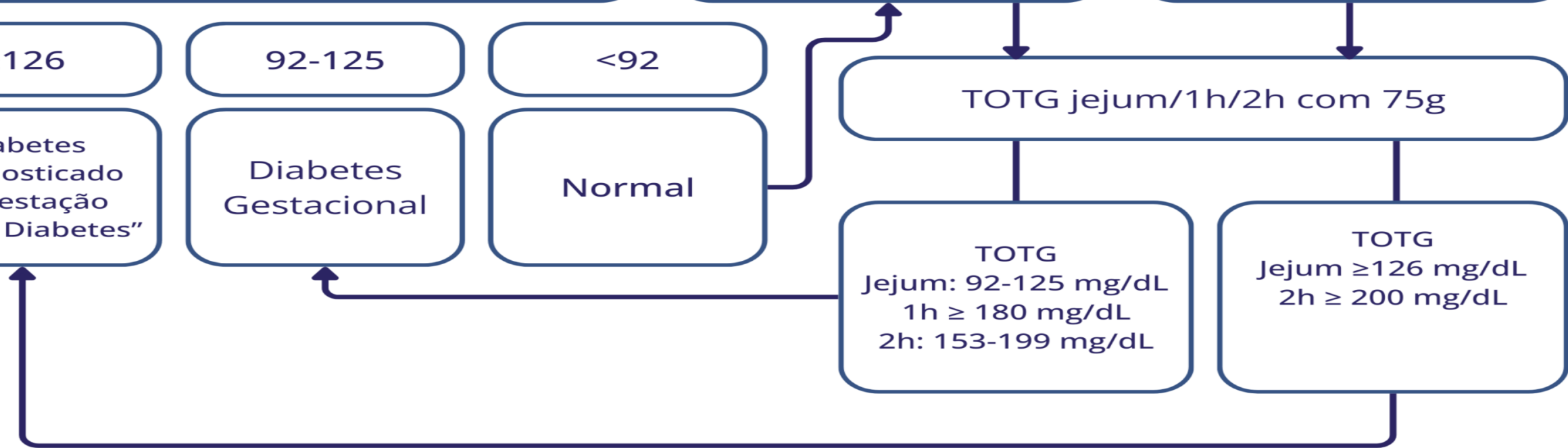
Diabetes  
Gestacional

Normal

TOTG jejum/1h/2h com 75g

TOTG  
Jejum: 92-125 mg/dL  
1h ≥ 180 mg/dL  
2h: 153-199 mg/dL

TOTG  
Jejum ≥126 mg/dL  
2h ≥ 200 mg/dL



Classificação da hiperglicemia na gestação em mulheres em locais com viabilidade financeira ou disponibilidade técnica parcial

Início do Pré-Natal em qualquer momento da gestação

Glicemia de Jejum (mg/dL)

< 92

92-125

≥ 126

Antes da 24ª semana

Diabetes Gestacional (DMG)

Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação: "Overt Diabetes"

Repetir glicemia de jejum entre 24ª-28ª semana

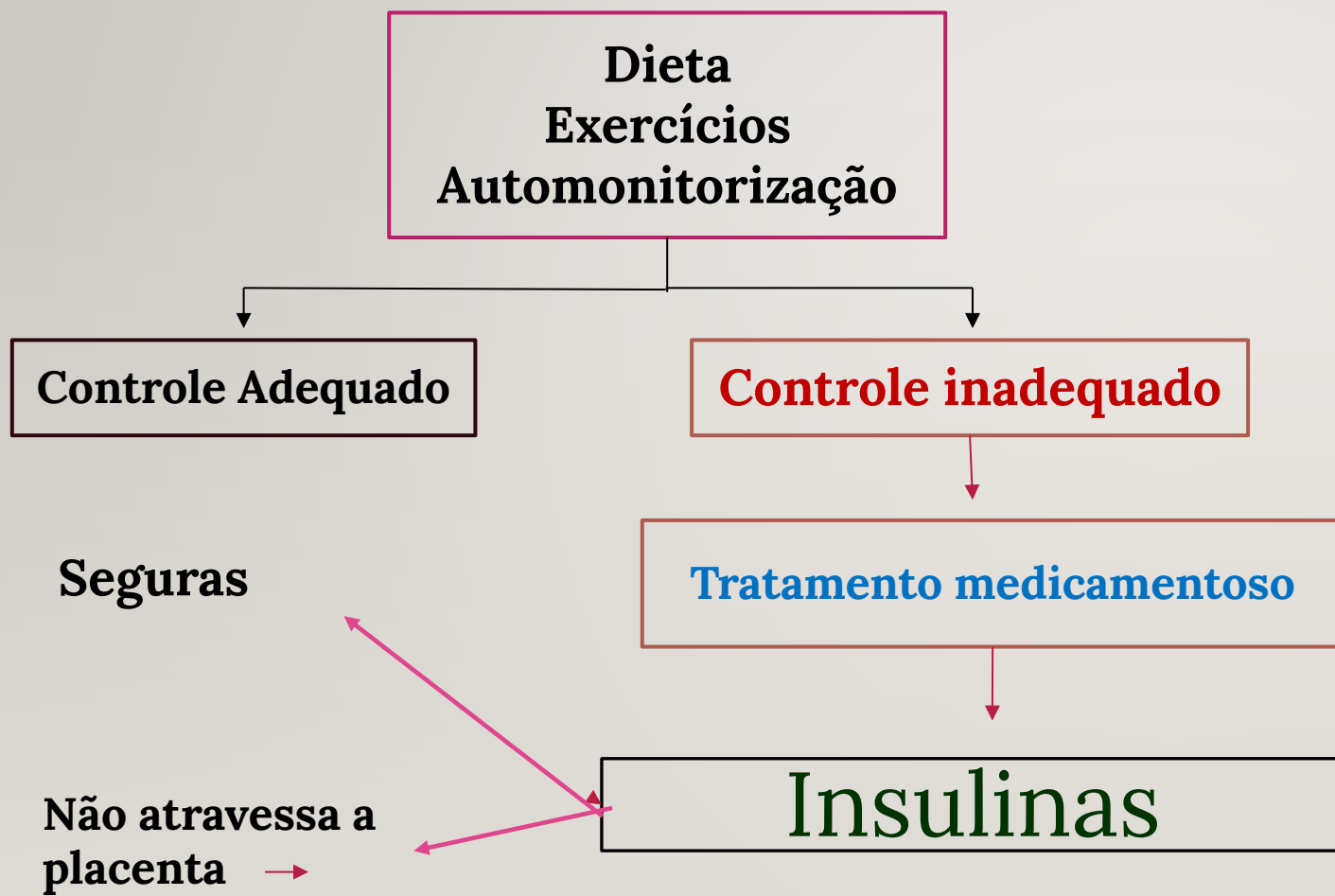
< 92 mg/dL

≥ 92 mg/dL

Normal

Diabetes Gestacional (DMG)

# SEGUIMENTO DA GESTANTE DIABÉTICA



# INSULINAS

- **A insulinoterapia deve ser iniciada:**
  - **Após um período de 7 a 14 dias de terapia não farmacológica (como dieta e atividade física);**
  - **Duas ou mais medidas de glicemia capilar ou plasmática persistirem acima dos valores-alvo estabelecidos."**



# CÁLCULO NPH : 0,5 UI/KG /PESO /DIA

- $\frac{1}{2}$  da dose pela manhã
- $\frac{1}{4}$  No almoço
- $\frac{1}{4}$  ao deitar
- Maioria dos estudos relatou uma dose total variando de 0,7 a 2 unidades/kg/dia.

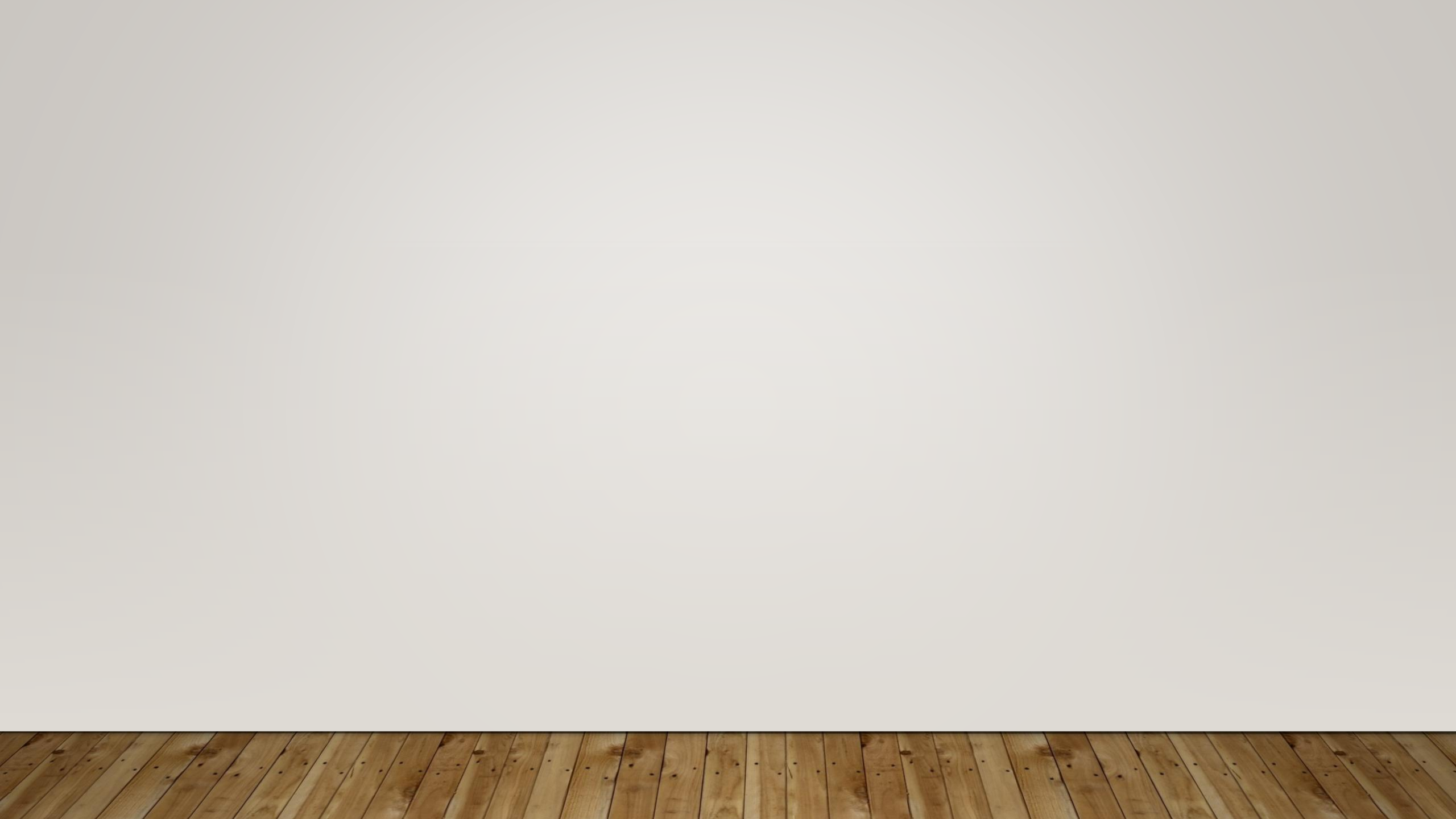
## COMO MENSAGEM FINAL:

- A excelência no cuidado pré-natal não se limita a monitorar a normalidade, mas sim em antecipar e reconhecer intercorrências que podem comprometer a saúde materno-fetal;
- A identificação precoce de condições como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, restrição de crescimento intrauterino, infecções e outras tantas intercorrências é o diferencial que impacta diretamente os desfechos.
- Nossa responsabilidade é não apenas diagnosticar a intercorrência, mas também tomar a **decisão oportuna e qualificada de referenciar a gestante para o pré-natal de alto risco..**



**OBRIGADA!**

- **Gilza Maria Soares Bulhões Calheiros**
  - **Médica Ginecologista /Obstetra**
    - **RQE 515**
  - **Conselheira CREMAL**
- **gilzabulhoes@hotmail.com**



## Recomendações para ganho de peso total e taxa para gestações únicas por IMC pré-gestacional

O ganho de peso recomendado é maior para pessoas com gestações múltiplas.

| IMC pré-gravidez                                    | Ganho de peso total |                 | Taxas de ganho de peso*<br>segundo e terceiro trimestre |                                      |
|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|                                                     | Faixa em kg         | Faixa em libras | Média (intervalo) em<br>kg/semana                       | Média<br>(intervalo) em<br>lb/semana |
| Baixo peso (<18,5<br>kg/m <sup>2</sup> )            | 12,5 a 18           | 28 a 40         | 0,51 (0,44 a 0,58)                                      | 1 (1 a 1,3)                          |
| Peso normal (18,5 a<br>24,9 kg/m <sup>2</sup> )     | 11,5 a 16           | 25 a 35         | 0,42 (0,35 a 0,50)                                      | 1 (0,8 a 1)                          |
| Excesso de peso (25,0<br>a 29,9 kg/m <sup>2</sup> ) | 7 a 11,5            | 15 a 25         | 0,28 (0,23 a 0,33)                                      | 0,6 (0,5 a 0,7)                      |
| Obeso (≥30,0 kg/m <sup>2</sup> )                    | 5 a 9               | 11 a 20         | 0,22 (0,17 a 0,27)                                      | 0,5 (0,4 a 0,6)                      |

- 
- ❖ **Mamas;**
  - ❖ **Abdome : palpação, AFU, BCF, Posição e apresentação fetal;**
  - **EXAMES ESPECÍFICO**
    - ❖ **Exame ginecológico para CCO e diagnóstico de alteração de flora vaginal**

# SOLICITAÇÃO DE EXAMES – 1ª CONSULTA

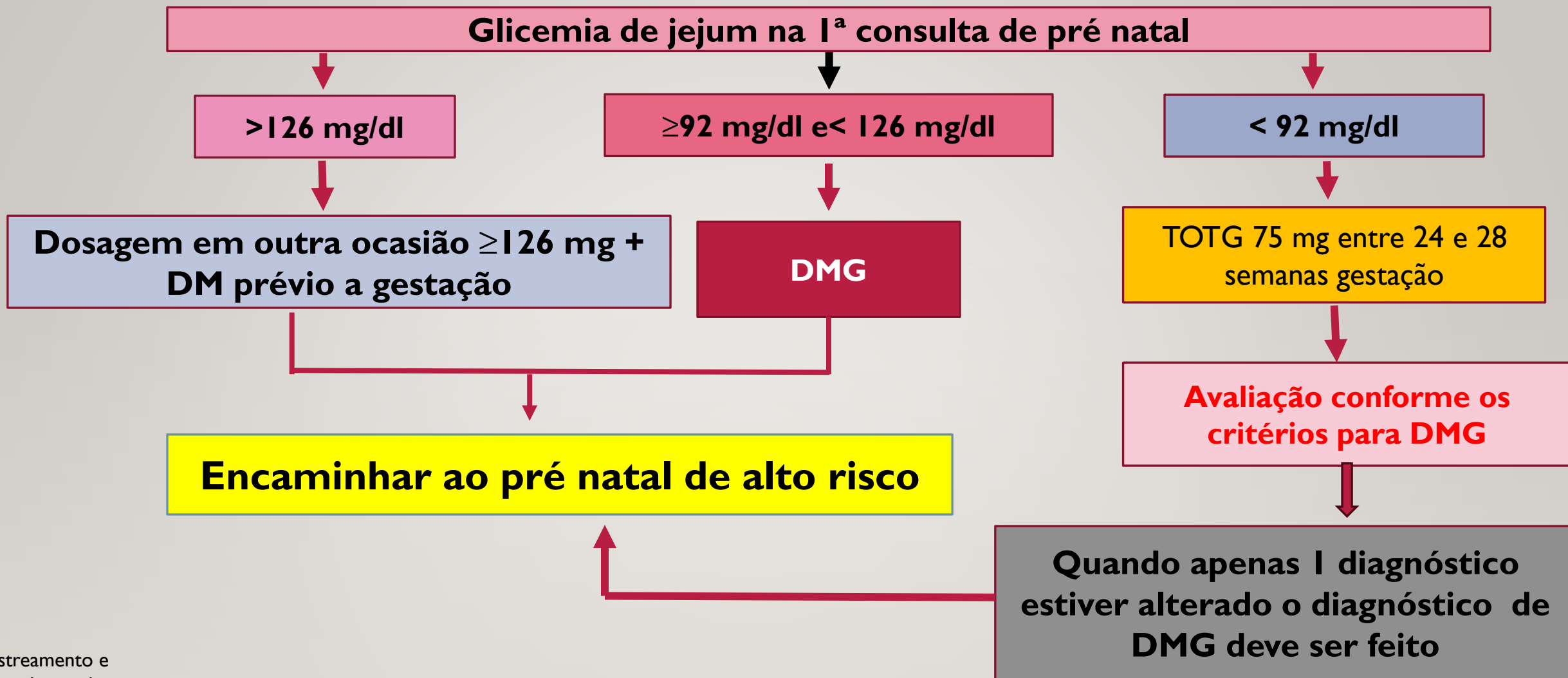
---



- **Hemograma**

---

- Hemoglobina  $\geq 11$  g/dl - normal. MS
- Após a 20ª semana de gestação, iniciar profilaxia com 30 mg/dia de **ferro elementar**
- Repetição de exame após a 30ª semana de gestação.



| Critérios para diagnóstico de DMG  | Glicose mg/ dl |
|------------------------------------|----------------|
| Glicemia de jejum                  | $\geq 92$      |
| TOTG 75 mg e coleta após 1 hora    | $\geq 180$     |
| TOTG mg 75 mg e coleta com 2 horas | $\geq 153$     |

**Se  $8\text{g/dl} < \text{hemoglobina} < 11\text{ g/dl}$ , considera-se caso de anemia de leve a moderada.**

- Importante orientar dieta;
- Investigar parasitoses;
- Realizar tratamento com ferro elementar;
- Repetir hemograma no intervalo de 30 a 60 dias para avaliar a necessidade de manter ou aumentar a dose de ferro.

# TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

**Quem  
rastrear?**

**Todas as gestantes.  
MS 2010**

**Quando  
Rastrear?**

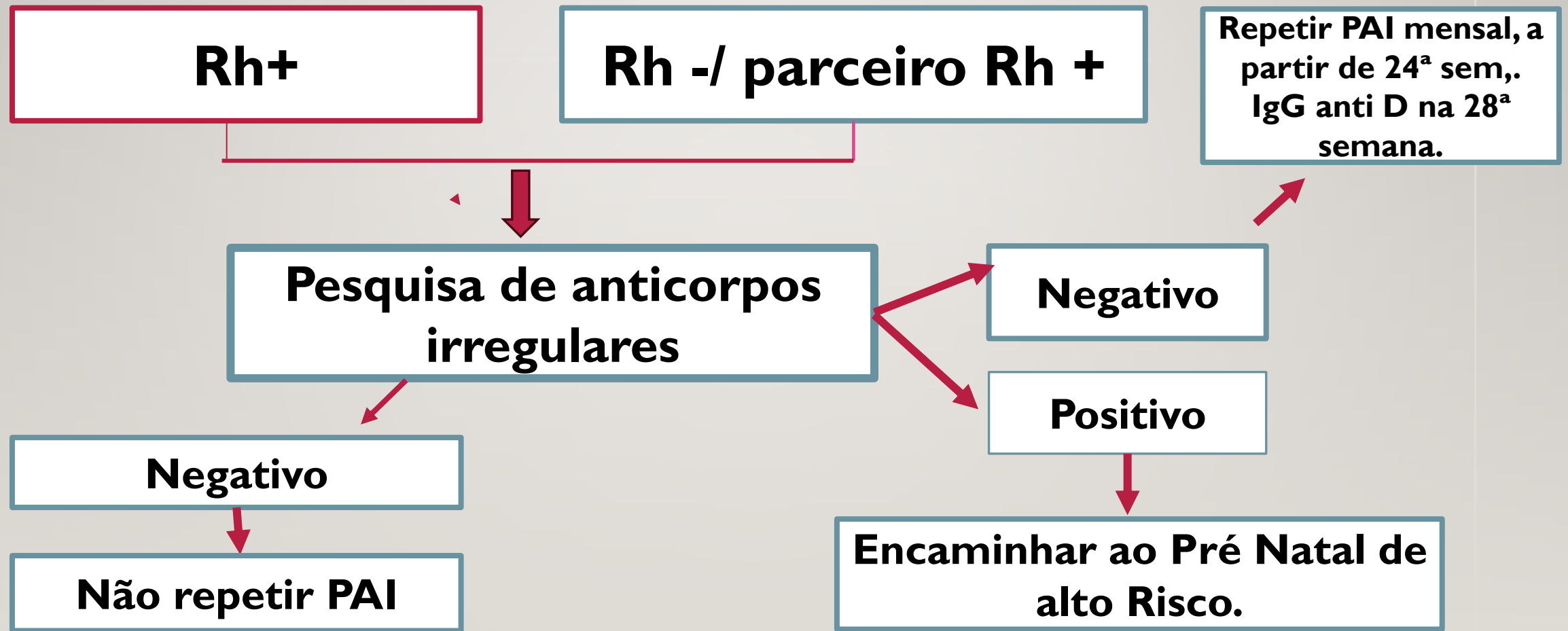
**1ª consulta pré natal;**

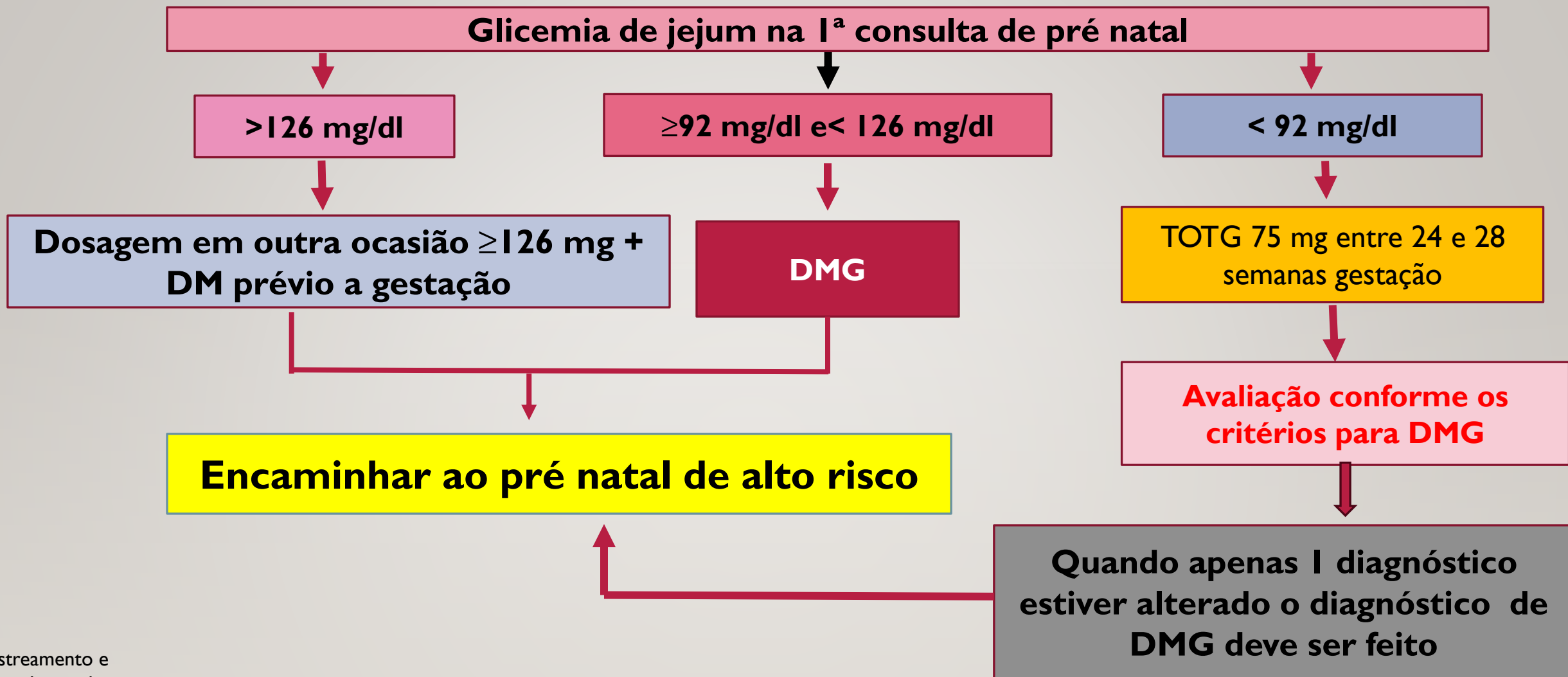
- **IgG (+)/ IgM( -) : previamente infectada;**
- **IgG (-)/IgM(-): susceptível.**
  - ✓ Devem ser orientadas as medidas de prevenção
  - ✓ Repetir trimestralmente

**Como  
rastrear?**

**Sorologia IgG/ IgM**

- Tipagem sanguínea e fator Rh (A)





| Critérios para diagnóstico de DMG  | Glicose mg/ dl |
|------------------------------------|----------------|
| Glicemia de jejum                  | $\geq 92$      |
| TOTG 75 mg e coleta após 1 hora    | $\geq 180$     |
| TOTG mg 75 mg e coleta com 2 horas | $\geq 153$     |



**Ministério da Saúde do Brasil**

**Nota Técnica nº 251/2024 de 25 de fevereiro de 2025**

**“Recomenda-se a suplementação de 1.000 mg/dia de carbonato de cálcio elementar, para todas as gestantes, com início na 12ª semana de gestação até o momento do parto”.**

- **Sorologia para rubéla (B)**

- 
- Solicitar em mulheres com risco de contrair infecção e, realizar vacinação no puerpério para a proteção de gestações futuras.

- **Covid-19**

- o teste viral sars-cov-2 não é realizado rotineiramente em pacientes assintomáticos na comunidade com base apenas no estado de gravidez



## **O uso do AAS na prevenção da Pré-Eclâmpsia**

Sexta, 01 Dezembro 2017

## **O uso do AAS na prevenção da Pré-Eclâmpsia**

Sexta, 01 Dezembro 2017



- **Não se recomenda o rastreio Universal.**
- Uma sorologia com IgG reagente não garante imunidade;
- Há achados de IgM reagente por mais de 1 ano, sem configurar infecção aguda.

- **O vírus do CMV se dispersa pelo:**

- **Sangue**
- **Excreções e secreções,**
- **hemoderivados;**
- **Transmissão vertical**

- Devemos orientar as nossas gestantes, a fim de se evitar a transmissão vertical:
- 

- Evitar cuidados com crianças ( se é que é possível);
- Não cuidar de idosos, pois são grupos que apresentam muitas excreções e secreções;
- Coito protegido e sem beijo;
- Lavagem frequente das mãos

- Bacterioscopia ,
- Exame á fresco de conteúdo vaginal;  
Rastrear vaginose bacteriana; (responsável por TPP, RUPREMA);
- Tratar sempre nas gestantes assintomáticas, com antecedente de parto prematuro

- Urina tipo I – Atenção à presença de proteinúria;
- Urocultura (repetir a urocultura em todos os trimestres; rastrear bacteriúria assintomática) (A);
- Colpocitologia oncótica (segundo a recomendação do MS, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos) (D);

- 
- Parasitológico de fezes\* (D);
  - Sorologia para zika
    - Em regiões endêmicas

\*- se houver indicação clínica.

# ULTRASSONOGRAFIA NO PRÉ-NATAL

**OMS PRECONIZA A REALIZAÇÃO DE TRÊS EXAMES  
ULTRASSONOGRAFÍCOS NA GESTAÇÃO:**

- **Primeiro trimestre: entre 11 e 14 semanas.**
- **Segundo trimestre: entre 20 e 24 semanas.**
- **Terceiro trimestre: entre 32 e 36 semanas.**

# ULTRASSONOGRAFIA ENTRE 11 E 14 SEMANAS



- Rastreamento das anomalias cromossômicas (trissomias dos cromossomos 21, 18 e 13)
- Confirmação ou determinação da IG;
- Rastreamento de anormalidades estruturais maiores
- Diagnóstico e caracterização das gestações múltiplas;

# ULTRASSONOGRAFIA ENTRE 20 E 24 SEMANAS



[Esta Foto](#) de Autor Desconhecido está licenciado em [CC BY-ND](#)

- Medir comprimento do colo uterino
- Detecção de malformações (A)
- Predição de pré eclampsia ( doppler de artérias uterinas)
- Morfologia fetal

# ULTRASSONOGRAFIA 32 -34 SEMANAS

- Finalidade em avaliar:
  - Crescimento
  - Placenta
  - Líquido amniótico
  - Vitalidade



Esta Foto de Autor Desconhecido está  
licenciado em CC BY-NC-ND

:

- Sangramento genital.
- Edema de face ou membros.
- Cefaléia contínua ou grave.
- Dormência.
- Visão turva ou diminuição da acuidade visual.
- Dor abdominal, vômitos persistentes, febre ou abatimento.
- Perda de LA/ diminuição de movimentos fetais.

- **Tétano, difteria e coqueluche( dTpa)-**

---

- **Uma dose de DTPA a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação.**
- **Gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido, duas doses de dt e uma dose de dtpa;**
- **Importante que a dtpa deve ser aplicada a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas;**

# VACINAS INDICADAS NA GRAVIDEZ



- Influenza - gestante são consideradas grupo de risco, e deve ser feita em qualquer trimestre;
- Hepatite b – se o esquema vacinal não tiver completo, pode ser feito durante a gravidez com 3 doses( 0, 1 e 6 meses);
- Anti-covid 19 : os imunizantes são eficientes e seguros; (royal college of obstetricians & gynaecologists- 2021);
  - Imunizantes recomendados : coronovac ou pfizer

# PRESCRIÇÃO DE FÁRMACOS

- Manter prescrição de ácido fólico iniciado em fase pré-concepcional, na dose de 400  $\mu\text{g}$  ou 4 a mg até a 12ª semana;
- Dose profilática **de 60 mg de ferro elementar** que deve ser iniciado a partir da 12ª semana de gestação quando hb > ou = 11 mg/ dl – OMS
- Profilaxia da anemia, **40 mg de ferro elementar** a partir da 20ª semana – recomendação do MS do brasil

# **PRESCRIÇÃO DE FERRO ELEMENTAR**

- **PROFILAXIA**

- **30 a 60 mg de Ferro Elementar**

---

➤ **30 mg de ferro elementar equivale:**

✓ **150 mg de sulfato Ferroso**

✓ **90 mg de Fumarato Ferroso**

✓ **250 mg de Gluconato Ferroso**

- **NAS GESTANTES COM HB < QUE 11 MG / DL**

## **TRATAMENTO COM FERRO ELEMENTAR**

- **60 A 120 MG DE FERRO ELEMENTAR EM 3 TOMADAS/DIA**

# CALENDARIO DE CONSULTAS

74

- ❖ O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.
- ❖ Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:
  - Até 28ª semana – mensalmente;
  - Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
  - Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

# CONSULTAS SUBSEQUENTES

- **Avalia-se o bem estar materno ( observar queixas)**
- **Aferição de PA ( sempre com gestante sentada e após meia hora de descanso)**
- **Peso e determinação do ganho ponderal**
- **Avaliação do bem estar fetal**
  - **AFU**
    - **Avaliação do crescimento fetal**
    - **LA**
  - **BCF e percepção de MF**
  - **Elucidam quanto à vitalidade fetal**

# EXAMES LABORATORIAIS – 24 A 28 SEMANAS

---



# HEMOGRAMA

---

- Hemoglobina  $\leq 8$  g/dl
  - Indica anemia grave;
  - A gestante deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco.

# EXAMES LABORATORIAIS - 28 A 32 SEMANAS

- **Hemograma (B);**
- **VDRL (se positivo, associar testes treponêmicos FTA-ABS ou o TPHA) (A);**
- **Anti-HIV (A);**
- **HBsAg (A);**

# EXAMES

- ~~Urocultura (A).~~
- Pesquisa de anticorpos irregulares nas gestantes Rh negativo;
- Toxoplasmose nas gestantes susceptíveis ( idealmente mensal; não sendo possível, no máximo trimestral )

**E quando devemos  
encaminhar a gestante  
ao pré natal de alto  
risco?**

- **Já no início do pré- natal, as gestantes com comorbidades:**
  - **Pneumopatas,**
  - **Cardiopatas,**
  - **Portadoras de doenças auto-imunes,**
  - **Nefropatas,**



- **encaminhar**

---

- **Gestantes com história de parto(s) prematuro(s) em gestações anteriores;**
- **Antecedentes de fetos macrossômicos (mais de 4.000 g) em gestações anteriores;**
- **Pré – eclâmpsia em gestação de irmã(s) ou mãe;**
- **Gestação gemelar;**

**E durante o pré-natal de gestante de risco habitual, quando deveremos encaminhá-la para o pré-natal de alto risco?**

- **Gestante que apresente glicemia de jejum ou teste de tolerância a glicose alterados;**
- **Gestante com soroconversão da sorologia para toxoplasmose;**
- **Gestante que não teve melhora na Hb , mesmo após tratamento instituído;**



- **Gestante com AgHbs reagente em exames de rotina;**
- **Gestante com elevação de PA em relação aos níveis basais, proteinúria presente no sumário e/ou edema de membros inferiores, mãos e face;**
- **Gestante com baixo ganho ponderal;**



## Lembrando...

- Não encaminhar gestante com sorologias:

**Hepatite B**



**Anti Hbs reagente**

**Toxoplasmose**

**Rubéola**



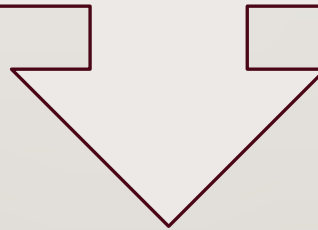
**IgG reagente**

**IgM não reagente**

# **SEMPRE TRATAR OU ENCAMINHAR PARA ESPECIALISTA:**

**Bacteriúria assintomáticas e cistites.**

**Infecções vaginais, especialmente a Vaginose Bacteriana.**



**Responsáveis pelo grande número de RN prematuros nas UTIs Neonatais e, por consequência aumento de morte neonatal.**

...AO FIM DE UMA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ADEQUADA,  
TODAS AS FAMÍLIAS DESEJAM QUE MÃE E RN FIQUEM  
SAUDÁVEIS E QUE VÃO AO SEIO DE SUA FAMÍLIA.



Fotos de internet

# Obrigada

[gilzabulhoes@Hotmail.com](mailto:gilzabulhoes@Hotmail.com)

82- 999817690

- **Acolhimento pela equipe de saúde**
- **Anamnese geral e específica :**
  - **Idade, profissão, doenças pregressas e atuais;**
  - **Cirurgias anteriores;**
  - **História menstrual; DUM, DPP, IG;**
  - **Sangramentos anormais**
- **Antecedentes pessoais:**

A  
n  
t  
e  
c  
o  
.  
b  
G  
s  
i  
t  
n  
é  
e  
t  
o  
r  
l  
i  
ó  
c  
g  
o  
i  
s  
c  
o

- **Paridade, tipos de partos, intervalo inter-partal;**
- **Peso dos RNs anteriores, IG no parto,**
- **Vacinação,**
- **Uso de medicamentos, hábitos nocivos à saúde ( tabagismo, álcool, uso de drogas ilícitas, etilismo e/ou drogas ilícitas.**

- ❖ **Hipertensos,**
- ❖ **Diabéticos e outros transtornos endócrinos**
- ❖ **Doenças autoimunes,**
- ❖ **Cardiopatas,**
- ❖ **Parentes de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia/eclâmpsia,**
- ❖ **Gemelaridade,**
- ❖ **Doenças genéticas e hereditárias**

- Anti HIV-
  - não reagente, o exame deve ser repetido entre a 28ª e 30ª semana de gestação.
- VDRL e teste rápido negativos , repetir no 3º trimestre.
  - Se positivo, associar testes treponêmicos FTA-ABS) (A)
  - Qualquer titulação de VDRL no pré-natal, requer tratamento;

# HEPATITE B

Exames laboratoriais : 1ª consulta

- Avaliar história prévia (anti HBS) e checar status vacinal (3 doses de vacina contra a hepatite B);
- Ag Hbs, anti Hbs e anti Hbc não reagentes, a gestante deve ser imunizada;
- Anti Hbs reagente, em qualquer situação, a gestante é considerada imune;
- Ag Hbs reagente encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco e ser realizada a sorovacinação no RN

- **Hepatite C - Anti HCV**

---

- Não existe uma recomendação para a realização desse exame como uma rotina.
- Algumas **populações merecem especial atenção:**
  - **usuária de drogas, parceiros de usuários de drogas, múltiplos parceiros, transfusão, situação de risco.**

# EXAME FÍSICO

- **Geral**
  - **Peso , estatura , IMC**
  - **Aferição de PA**
  - **Ectoscopia – pele e fâneros, cavidade oral**
  - **Membros ( edema , varizes)**

# Pré-eclâmpsia – uma síndrome com diferentes fenótipos.

D  
I  
A  
G  
N  
Ó  
S  
T  
I  
C  
O  
-  
C  
L  
Á  
S  
S  
I  
C  
O

## ■ HIPERTENSÃO

**PAS  $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD  $\geq$ 90, em gestantes previamente normotensas**

## ■ PROTEINÚRIA

- Perda de 300 mg ou mais em urina de 24 horas.
- Relação proteinúria/creatininúria (ambas em mg/dl) igual ou superior a 0,3.
  - 1+ em fita reagente