Assistência Pré-Natal 1

Introdução e Definição

Locais de Atuação do Médico Generalista e Relevância do Pré-Natal

- **Oportunidades de trabalho para médicos generalistas/recém-formados:** Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), serviços de ambulância, medicina do trabalho, forças armadas (Exército).
- Em todas estas esferas, haverá contato com gestantes, especialmente em UBS e UPAs.
- A assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal é constante.
- **Competências essenciais do médico generalista:**
  - Conduzir o acompanhamento pré-natal de risco habitual (baixo risco).
  - Estratificar corretamente o risco gestacional, determinando necessidade de acompanhamento exclusivo ou compartilhado com serviços de referência para alto risco.
- **Dinâmica de referência e contrarreferência:** Exemplificada por pacientes de alto risco acompanhadas simultaneamente pelo serviço especializado (hospital de referência) e pela UBS de origem.

Definição de Obstetrícia

- Etimologia: Latim *"obstetrix"*, significando "ficar ao lado de"ou "junto de".
- Reflete a natureza do cuidado obstétrico: acompanhar a mulher desde o início do pré-natal, monitorar o desenvolvimento fetal e permanecer ao seu lado durante o parto.

Definição e Abrangência da Assistência Pré-Natal (OMS)

- Definições convergem para a proteção à maternidade: garantir saúde da mulher na gestação, puerpério (pós-parto) e lactação.
- Oportunidade crucial para educação em saúde, especialmente para primigestas (cuidados consigo e com o recém-nascido).
- Conjunto de medidas médicas, sociais, psicológicas e de cuidados gerais, essenciais para o bom desenvolvimento da gestação.

Cuidado Multidisciplinar

- Assistência pré-natal transcende a esfera puramente médica.
- Abordagem integrada é fundamental para atender às diversas necessidades da gestante e garantir um desfecho favorável.

Objetivos e Abordagem do Pré-Natal

Objetivo Primário: Prevenção e Detecção Precoce

- Prevenir ou detectar precocemente patologias maternas e fetais que possam impactar negativamente o desfecho da gestação.
- Identificação e intervenção precoces são cruciais para evitar problemas mais graves e de manejo complexo tardiamente.

Dimensão Psicossocial da Gestação

- Período de significativas descobertas e adaptações para a gestante.
- Para primigestas, experiência particularmente nova; mesmo em gestações subsequentes, podem surgir novas vivências ("uma gestação não é igual a outra").
- Maternidade: frequentemente um período especial, mas também permeado por ansiedades, medos e angústias (relacionadas ao desconhecido, parto, saúde do bebê, futuro).

Importância do Cuidado Humanizado

- Profissional de saúde deve acolher emoções e corresponder às necessidades da paciente com atendimento atencioso e de qualidade.
- Assistência vai além de exames: tempo dedicado ao cuidado, orientação e ensino, visando empoderar a mulher.

Necessidade de Envolvimento Familiar e Rede de Apoio

- Anamnese: fundamental identificar a rede de apoio da gestante para auxílio nos cuidados pós-nascimento.
- Apoio é crucial no puerpério imediato (higiene pessoal, alimentação, descanso da puérpera).
- Falta de rede de apoio pode dificultar significativamente a adaptação da mulher.

Abordagem Multiprofissional

- Mesmo em gestações sem intercorrências clínicas, a mulher pode necessitar de suporte adicional no puerpério.
- Integração, quando necessário, de profissionais como psicólogos ou psiquiatras para suporte à saúde mental materna.

Cuidado Integral no Pré-Natal

- Considerar múltiplas vertentes da experiência da gestação e puerpério.
- Estabelecer vínculo equipe-paciente, identificar/fortalecer rede de apoio, esclarecer dúvidas, fornecer orientações.
- Prescrever suplementação necessária (ferro, ácido fólico, cálcio).
- Solicitar primeiros exames laboratoriais e de ultrassom.
- Rastrear comorbidades.
- Investigar desejos e expectativas da mulher em relação à gestação e ao parto.

Estrutura da Assistência Pré-Natal

Calendário de Consultas para Risco Habitual

- Definido após confirmação da gestação (teste rápido em UBS, se queixa de atraso menstrual ou teste de farmácia positivo).
- Abertura da carteira de pré-natal e solicitação dos primeiros exames (frequentemente pela enfermagem).
- Cronograma do Ministério da Saúde para gestações de risco habitual (baixo risco):

Período Gestacional	Frequência das Consultas (Risco Habitual)
Até a 28ª semana	Mensais
Entre a 28ª e a 36ª semana	Quinzenais
Da 36ª semana até o termo	Semanais

- *Observação:* Calendário não se aplica a gestações de alto risco (frequência individualizada, podendo ser semanal ou mais frequente).

Definição de Gestação a Termo

- Atinge 37 semanas completas de idade gestacional.
- **Termo precoce:** período entre 37 semanas e 0 dias e 38 semanas e 6 dias (já considerado termo).
- Acompanhamento semanal estende-se da 36ª semana até o momento do parto.

Conduta Após 40 Semanas

- Frequência do acompanhamento intensifica-se: retornos a cada 3 dias.
- Avaliações: presença de dinâmica uterina, níveis pressóricos maternos, cardiotocografia (CTG) para vitalidade fetal.
- Objetivo: identificar precocemente qualquer sinal de sofrimento fetal ou complicação materna.

Inexistência de Alta Pré-Natal e Contracreferência

- Não existe ”alta”do pré-natal antes do nascimento; acompanhamento se estende até a consulta puerperal.
- Pacientes de alto risco encaminhadas a serviços especializados não recebem alta da UBS de origem (cuidado compartilhado).
- Se paciente de alto risco é reclassificada como risco habitual pelo especialista, é contrarreferenciada à UBS (retornar ao especialista se nova intercorrência).
- Conclusão do acompanhamento pré-natal: efetivamente após a consulta de puerpério.

A Primeira Consulta Pré-Natal

Vinculação e Abertura do Cartão da Gestante

- Marca a vinculação da paciente ao serviço de pré-natal.
- Abertura da carteirinha da gestante (cartão pré-natal), documento essencial para registro do acompanhamento.

Identificação da Idade Gestacional e Estratificação de Risco Contínua

- Fundamental determinar a idade gestacional (IG) desde a primeira consulta.
- Estratificação de risco: realizada inicialmente e reavaliada a cada consulta subsequente.
- Uma gestante pode evoluir de risco habitual para alto risco (ex: hipertensão gestacional).
- Reavaliação contínua permite ajustar plano de cuidados e encaminhamento adequado.
- Estratificação de risco define a maternidade de referência para o parto.

Identificação do Parceiro(a) e Rede de Apoio

- Importante desde o início.
- Incentivar participação nas consultas fortalece vínculo familiar e permite orientações relevantes.

Anamnese Detalhada na Primeira Consulta

- Deve ser extremamente completa e detalhada.
- Dedicar tempo suficiente para coletar informações abrangentes.
- Ideal: início precoce do pré-natal (antes de 10 semanas), mas realidade pode ser tardia (20-25 semanas).
- Primeira consulta exige investigação minuciosa, independentemente da IG inicial.

Importância dos Antecedentes Pessoais e Familiares (Exemplo: Pré-eclâmpsia)

- Omissão de detalhes pode ter consequências significativas.
- Exemplo: não investigar histórico familiar de pré-eclâmpsia (mãe/irmã com a condição) impede profilaxia precoce com AAS, aumentando risco de desenvolvimento tardio da condição.

Importância dos Antecedentes Obstétricos (Exemplo: Macrossomia Fetal)

- Devem ser detalhadamente explorados.
- Exemplo: G4P3 com filhos anteriores macrossômicos (5,150kg, 4,200kg, 4,000kg) levanta suspeita de DMG não diagnosticado previamente, impedindo medidas preventivas atuais.
- Outros relevantes: morte fetal intraútero (pode ser omitido se não questionado).
- Perguntar sobre cada gestação anterior: pré-natal, IG do parto, peso ao nascer, saúde atual da criança.

Avaliação do Histórico Vacinal

- Verificar carteirinha de vacinação.
- Identificar vacinas contraindicadas, recomendadas ou obrigatórias durante a gestação.
- Determinar quais vacinas podem ou devem ser administradas.

Cálculo da Idade Gestacional e Data Provável do Parto (DPP)

- **Idade Gestacional (IG):** Calculada e registrada em toda consulta (muda continuamente). Orienta exames e interpretação de achados. Baseada na DUM ou ecografia precoce.
- **Data Provável do Parto (DPP):** Calculada uma vez (geralmente para 40 semanas) e não muda. É uma estimativa.

Exame Físico Geral Completo na Primeira Consulta

- Abrange avaliação geral (peso, altura, IMC, sinais vitais) e exames segmentares (cabeça/pescoço incluindo tireoide, ausculta cardiopulmonar, exame abdominal, membros inferiores).
- Objetivo: panorama basal da saúde e identificar condições pré-existentes ou alterações anatômicas.

Exame Ginecológico na Primeira Consulta (Incluindo Especular e Toque)

- Mandatório, mesmo sem queixas ginecológicas.
- Avalia características do colo uterino, identifica lesões, corrimentos, malformações.
- Coleta de material para Papanicolau, se indicado.
- Conhecimento da anatomia pélvica desde o início é fundamental.

4.10.1 Exemplo Clínico: Identificação de Útero Didelfo

- Gestante (aprox. 20 sem), em pré-natal regular, com sangramento vaginal.
- Avaliação inicial (residente): toque vaginal sugeriu dilatação de 1 cm.
- Reavaliação (supervisor): colo fechado.
- Exame especular revelou dois colos uterinos; paciente sem diagnóstico prévio de malformação.

4.10.2 Descrição das Malformações Müllerianas

- Resultam de falha na fusão dos ductos de Müller durante desenvolvimento embriológico.

Anomalia	Descrição
Útero Arqueado	Discreta indentação fúndica.
Útero Bicorno	Dois cornos uterinos fundidos parcialmente, com um único colo.
Útero Septado	Presença de um septo dividindo a cavidade uterina (parcial ou completo, podendo estender-se ao colo).
Útero Didelfo	Duplicação completa do útero e do colo, resultando em duas cavidades uterinas e dois colos independentes. Pode haver também um septo vaginal longitudinal.

4.10.3 Implicações Clínicas do Útero Didelfo

- No caso citado: útero didelfo com septo no terço superior da vagina; gestação em uma hemiútero.
- Explicava altura uterina menor para IG (hemiútero menor que útero normal).
- Malformações uterinas associadas a maior risco de complicações (ex: parto prematuro devido a menor espaço).
- Identificação precoce (exame ginecológico na 1ª consulta) é crucial para planejamento do cuidado.

Exames Complementares de Rotina

Visão Geral dos Exames Laboratoriais por Trimestre

- Rotina estruturada por trimestres (1º, 2º, 3º).
- Alguns exames em momentos específicos, outros repetidos.
- Médico deve saber solicitar, entender a razão, interpretar resultados e definir conduta.

Interpretação e Condução dos Resultados

- Interpretação correta evita condutas inadequadas, encaminhamentos desnecessários e ansiedade.

Beta-hCG

- Solicitado na rotina do 1º trimestre para confirmação bioquímica da gravidez.
- Não necessita repetição nas rotinas subsequentes após confirmação.

Tipagem Sanguínea (ABO/Rh) e Coombs Indireto

- **Tipagem ABO/Rh:** Realizada na 1ª rotina, não precisa repetir.
- **Coombs Indireto:** Detecta anticorpos irregulares no soro materno.

Racional para Solicitação do Coombs Indireto

- Exclusivamente para gestantes Rh negativo (risco de aloimunização Rh se feto Rh positivo).
- Anticorpos anti-D maternos podem causar Doença Hemolítica Perinatal.
- Se gestante Rh positivo, não há risco de aloimunização pelo fator D; solicitação desnecessária (risco de falso-positivos ou resultados de difícil interpretação por outros antígenos).
- Mesmo com parceiro declarado Rh negativo, solicitar para gestante Rh negativa (segurança, incerteza da paternidade).

Exames Solicitados em Todos os Trimestres

Exame	Objetivo do Rastreio
Hemograma completo	Anemia
Glicemia de jejum	Diabetes gestacional
Exame parcial de urina (Urina tipo I)	Bacteriúria assintomática, Infecção do Trato Urinário (ITU)
Urocultura com antibiograma	Bacteriúria assintomática, ITU (confirmação e sensibilidade)

Teste de Tolerância Oral à Glicose (TTOG)

- Também conhecido como curva glicêmica.
- Padrão para diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
- Solicitado especificamente no 2º trimestre (geralmente 24-28 semanas).

Pesquisa de Streptococcus do Grupo B (GBS)

- Cultura de swab vaginal e retal para *Streptococcus agalactiae*.
- Realizada no final da gestação (tipicamente 35-37 semanas).
- Objetivo: identificar colonizadas para antibioticoprofilaxia intraparto (prevenir sepse neonatal precoce).

Sorologias para Hepatite B (HBsAg e Anti-HBs)

- **HBsAg:** Antígeno de superfície; reagente indica infecção ativa (aguda/crônica).
- **Anti-HBs:** Anticorpo contra antígeno de superfície; reagente indica imunidade (infecção prévia curada ou vacinação).
- Solicitação do Anti-HBs útil para verificar necessidade de vacinação.

Interpretação das Sorologias de Hepatite B

HBsAg	Anti-HBs	Interpretação e Conduta
Reagente	Não Reagente / Reagente	Infecção por Hepatite B (aguda ou crônica). Necessita avaliação e acompanhamento específicos.
Não Reagente	Reagente (título > 10 UI/L)	Imune (protegida devido a vacinação ou infecção prévia curada). Não tem a doença.
Não Reagente	Não Reagente ou título baixo (< 10 UI/L)	Suscetível. Vacinação indicada.

- Confundir Anti-HBs reagente com infecção ativa pode levar a encaminhamentos desnecessários e ansiedade.

Sorologias Variáveis Conforme Protocolo Local (Exemplo: Sífilis, Rubéola)

- **Sífilis (VDRL e/ou teste treponêmico):** Universalmente recomendada.
- **Rubéola:** Pode não fazer parte da rotina em algumas localidades (ex: Paraná, protocolo "Mãe Curitibana") vs. outras (ex: São Paulo).
- Razão para não inclusão universal da Rubéola: sem manejo específico durante gestação se infecção ocorrer; prevenção primária (vacinação) deve ser pré-concepcional.

Importância da Avaliação Pré-Concepcional para Rubéola

- Ideal avaliar imunidade para Rubéola no período pré-concepcional.
- Se suscetível (IgG não reagente) e planeja engravidar: vacina tríplice viral (vírus vivo atenuado, contraindicada na gestação).
- Infecção por Rubéola na gestação (especialmente 1º trimestre): risco de Síndrome da Rubéola Congênita.

Ecografias Obstétricas Essenciais

- Duas ecografias são consideradas essenciais na rotina:

Ecografia do Primeiro Trimestre (Datação e Translucência Nucal)

- **Período ideal:** 11 semanas a 13 semanas e 6 dias.
- **Objetivos:**
  - Confirmar IG com maior acurácia (especialmente se DUM incerta).
  - Avaliar vitalidade embrionária/fetal.
  - Determinar número de fetos.
  - Avaliar marcadores precoces de cromossomopatias (principal: medida da translucência nucal - TN).

Ecografia Morfológica do Segundo Trimestre

- **Período ideal:** 20 a 24 semanas.
- **Objetivo:** Avaliação detalhada da anatomia fetal para rastrear malformações estruturais em todos os sistemas orgânicos (crânio, face, coração, abdômen, membros, coluna, etc.).

Consultas Subsequentes

Estrutura da Consulta de Retorno (SOAP)

- Seguem estrutura mais direcionada (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano).
- Retorno conforme calendário (mensal, quinzenal, semanal para risco habitual).

Cálculo da Idade Gestacional a Cada Consulta

- Primeira etapa: recalcular e registrar a IG atual.

Anamnese Dirigida e Avaliação de Novas Queixas (S do SOAP)

- Foco nas queixas atuais (”O que está sentindo? Como tem passado?”).
- Avaliar sintomas comuns da gestação ou sinais de alerta.

Revisão de Medicações e Resultados de Exames

- Verificar medicações em uso (incluindo prescritas por outros serviços).
- Analisar resultados de exames disponíveis.

Reestratificação do Risco Gestacional (A do SOAP)

- Refazer a cada consulta.
- Avaliar se permanece baixo risco ou surgiu condição para alto risco (ex: hipertensão, DMG, RCF), ajustando plano e possível encaminhamento.
- Exemplo: ”Gestação de 32s5d, risco habitual”ou ”Gestação de 30s, paciente com DMG em controle dietético”.

Exame Físico Geral e Obstétrico nas Consultas Subsequentes (O do SOAP)

- **Exame físico geral mínimo:** peso, sinais vitais, aferição da pressão arterial (crucial em todas as consultas).
- **Exame obstétrico fundamental:**
  - **Mensuração da Altura Uterina (AU):** Com fita métrica, a partir de útero palpável acima da sínfise púbica (geralmente após 12 semanas). Método simples, baixo custo, acessível; informa sobre crescimento fetal e líquido amniótico. Curva plotada em gráfico na carteirinha.
  - **Ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF):** Com sonar Doppler, a partir de audíveis (geralmente após 10-12 semanas). Frequência Cardíaca Fetal (FCF) normal: 110-160 bpm (média 140 bpm). Bradicardia (<110) ou taquicardia (>160) persistentes exigem investigação.
- Toque vaginal e exame especular não são rotineiros, exceto se queixa específica (corrimento, sangramento, suspeita de TPP).

Verificação e Orientação Vacinal Contínua (P do SOAP)

- Verificar status vacinal e orientar sobre vacinas necessárias.
- Reforçar orientações sobre cessação do tabagismo para fumantes.

7.7.1 Vacina Tríplice Bacteriana Acelular (dTpa)

- Protege contra difteria, tétano e pertussis (coqueluche). Difere da DTP (célula inteira) e dT (dupla adulto).
- Recomendada em **toda gestação**, idealmente a partir da 20ª semana, independentemente do histórico vacinal prévio para tétano e difteria.

7.7.2 Esquemas de Vacinação para DTP/dTpa na Gestação

- **Sem esquema primário completo ou histórico desconhecido:** Iniciar/completar com 3 doses (usando dT e dTpa).
  - Dose de dTpa preferencialmente a partir da 20ª semana.
  - Exemplo: 1ª dose dT, 2ª dose dTpa (intervalo mínimo 1 mês), 3ª dose dT.
- **Esquema prévio com dT completo:** Administrar 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana em cada gestação.

7.7.3 Importância da Vacinação contra Coqueluche (Pertussis)

- dTpa visa proteger recém-nascido contra coqueluche (grave/fatal em lactentes jovens) via transferência de anticorpos maternos.

7.7.4 Vacinação de Contatos Próximos (Cocooning)

- Recomendada (especialmente serviços privados): vacinação com dTpa dos contatos próximos (pai, avós, cuidadores) para reduzir risco de transmissão ao recém-nascido.

7.7.5 Vacina contra Hepatite B

- Recomendada para gestantes suscetíveis (Anti-HBs não reagente ou < 10 UI/L).
- Esquema completo pode ser realizado durante a gestação.

7.7.6 Vacina contra Influenza

- Recomendada e segura em qualquer idade gestacional.
- Administrar anualmente (campanha sazonal); gestantes são grupo de risco para complicações.

7.7.7 Vacina contra COVID-19

- Recomendada para gestantes (maior risco de formas graves), conforme diretrizes e disponibilidade do Ministério da Saúde.

Orientações Gerais para Gestação de Risco Habitual

Orientação Nutricional

- Dieta equilibrada e nutritiva é fundamental.
- Desestimular consumo excessivo de ultraprocessados, incentivar alimentação variada (adaptada às condições socioeconômicas).
- Visa ganho de peso adequado, nutrientes para mãe/feto, prevenção de DMG e RCF.

Atividade Física na Gestação

- Exercícios moderados geralmente benéficos (salvo contraindicações).
- Seguras: caminhada, natação, hidroginástica.
- Praticantes de atividades intensas (CrossFit) podem continuar com moderação, adaptando intensidade.
- Não iniciar atividades de alto impacto (jump) na gestação.
- Evitar atividades com risco de queda ou trauma abdominal.

Adaptação às Modificações Fisiológicas da Gestação

- Importante compreender modificações fisiológicas (alterações hormonais).
- Reconhecer o normal ajuda a identificar desvios e reduz ansiedade.

Esclarecimento sobre a Data Provável do Parto (DPP)

- Reforçar que DPP é estimativa para 40 semanas, não data agendada.
- Parto a termo pode ocorrer a partir de 37 semanas, e mesmo após 40 semanas.
- Ansiedade aumenta com proximidade/ultrapassagem da DPP; exige acolhimento e orientação.

Momento do Parto e Desfecho

Momento Ideal para o Parto em Gestação de Risco Habitual

- Parto espontâneo geralmente entre 39 e 41 semanas.
- Acompanhamento intensificado após 40 semanas (a cada 3 dias, com CTG) visa bem-estar fetal aguardando trabalho de parto espontâneo.

Indicações para Antecipação do Parto

- Decisão baseada na avaliação de riscos (comorbidades maternas/fetais).
- Condições como DMG insulino-dependente de difícil controle, hipertensão não controlada, RCF, pré-eclâmpsia podem indicar interrupção antes de 40-41 semanas.
- Objetivo: levar gestação o mais próximo do termo (idealmente >= 37 semanas), se seguro.

Avaliação Risco-Benefício para o Momento do Parto

- Em situações complexas (diabetes descompensado com macrossomia, pré-eclâmpsia grave), compara riscos de manter feto intraútero vs. riscos da prematuridade ou complicações da condição de base.
- Considera dados clínicos, laboratoriais e ecográficos.

Objetivo Final: Nascimento Saudável

- Garantir melhores condições para nascimento de bebê saudável, a termo, e manutenção da saúde materna.
- Pré-natal adequado minimiza riscos e contribui para este objetivo.

PONTOS FREQUENTEMENTE ABORDADOS EM AVALIAÇÕES

Afirmação Relevante para Avaliações
O reconhecimento das diferentes anomalias Müllerianas (útero arqueado, bicorno, septado, didelfo).