



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Prof.: Carlos Henrique Esteves Freire

# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

“ A assistência pré-natal não é somente avaliação do volume uterino, ausculta dos batimentos cardíco-fetais, aferição da pressão arterial, etc.

O obstetra atual precisa saber reconhecer e se conduzir frente a todas as patologias pré-existentes e/ou intercorrentes que possam comprometer o binômio mãe e filho

”



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Objetivos Gerais

- Orientação dos hábitos de vida.
- Assistência psicológica.
- Preparação para o Parto.
- Evitar o uso de medicamentos e medidas ominosas para o concepto.
- Tratar os distúrbios habituais na gestação.
- Fazer profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gravidez ou nela intercorrentes.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- Tem o Pre Natal 2 tarefas primordiais
  - Agente Educador
    - dado a motivação natural em que se encontram as mães e pelo fato de ser possível um acompanhamento de no mínimo 6 meses, podemos neste período cumprir o papel de **agente educador**, orientando a futura mãe para os cuidados com a sua saúde e de seus filhos.
  - Agente Executor
    - ao adotarmos condutas preventivas e terapêuticas, estamos garantindo uma evolução normal daquela gravidez e, conseqüentemente, teremos como resultado final recém-nascidos hígidos e portanto, crianças mais saudáveis no futuro.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

■ As orientações gerais que o médico deve oferecer à paciente são amplas e variadas, a depender do interesse da própria paciente.

- Dieta
- Banhos
- Vestuário
- Repouso e Sono
- Viagens
- Cuidados com os dentes
- Relacao Sexual
- Higiene intima
- Fumo
- Alcool
- Drogas ilicitas
- Medicamentos



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ Dieta

- Devido às náuseas e vômitos, comuns no primeiro trimestre de gestação, deve a gestante evitar o uso de alimentos gordurosos e muito condimentados.
- A dieta deve ser fracionada em pequenas refeições, com intervalos curtos entre elas.
- Priorizar a ingestão de alimentos ricos em proteínas e de verduras e frutas.
- Estimular a ingestão de líquidos também é fundamental neste período.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Banhos

- Não existe restrição ao banho durante a gravidez ou após o parto.
- Deve-se tomar cuidado com o uso de piscinas comunitárias, observando os cuidados naturais de higienização do local.
- O banho de imersão não apresenta contra-indicação formal.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Vestuário

- A gestante deve utilizar roupas frouxas e leves para seu maior conforto.
- Deve-se evitar ao máximo o uso de sapatos com saltos altos, devido às alterações de equilíbrio, provocado pela mudança do centro de gravidade da gestante.





# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

- **Repouso e Sono**

- É recomendável que toda gestante repouse, decúbito lateral esquerdo e com as pernas ligeiramente elevadas, pelo menos 2 vezes ao dia a fim de melhorar o retorno venoso e garantir uma melhor perfusão útero-placentária.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Viagens

- Não existem impedimentos para que gestantes sem risco viagem.
- Recomenda-se que no primeiro e no terceiro trimestre deva-se evitar os locais onde não existem assistência médica adequada.
- As companhias aéreas só aceitam passageiras grávidas que estejam no 2º trimestre e com atestado médico garantindo sua higidez.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Cuidados com os dentes

- É permitido a gestante fazer qualquer tratamento odontológico.
- O uso de anestésicos locais está liberado na gestação
- A exposição aos raios X, quando extremamente necessário, podem ser realizado tomando-se as precauções necessárias



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Relações Sexuais

- Estão liberadas durante toda a gravidez, devendo ser reduzida com a proximidade do final da gestação.
- As contra-indicações formais para a sua prática são o trabalho de parto prematuro e a suspeita de amniorrexe prematura.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Higiene íntima

- A higiene dos genitais externos deve ser rigorosa e assídua.
- Está contra-indicada o uso intravaginal de qualquer produto de higiene.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Fumo

- Deve-se aproveitar a oportunidade para estimular o abandono do vício.
- Aquelas que não conseguirem abolir completamente o uso do fumo durante a gestação deverão reduzi-lo ao máximo.

## ■ Alcool

- Deve ser evitado ao máximo.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

- **Drogas ilícitas**

- Deve-se interromper imediatamente o seu uso pelos riscos de malformações fetais e crises de abstinência no período neonatal.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

- **Medicamentos**

- Utilizados apenas sob orientação médica, respeitando o princípio de risco-benefício.





# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## Primeira Consulta

### PREENCHIMENTO DA FICHA DE ACOMPANHAMENTO

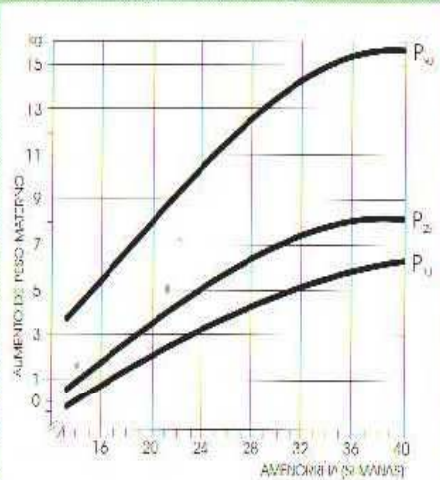
### PRÉ NATAL

- realizar anamnese clínica completa
- realizar anamnese obstétrica
- exame clínico geral
- exame obstétrico

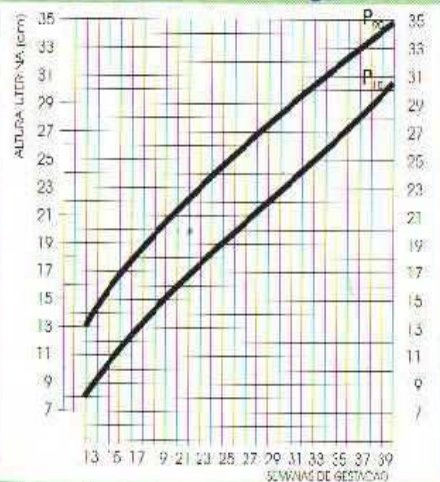


# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Curva de peso/idade gestacional



Curva altura uterina/idade gestacional



Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/Condução
Hb-Ht					
Glicemia de Jejum					
VDRL					
Urina (rotina)					
Anti HIV					
ABO-RH					
Coombs Indireto					

## CARTÃO DA GESTANTE

Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_  
 Prontuário: \_\_\_\_\_

### A G E N D A M E N T O

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

*Você precisa fazer no mínimo 6 consultas.  
É um direito seu.*



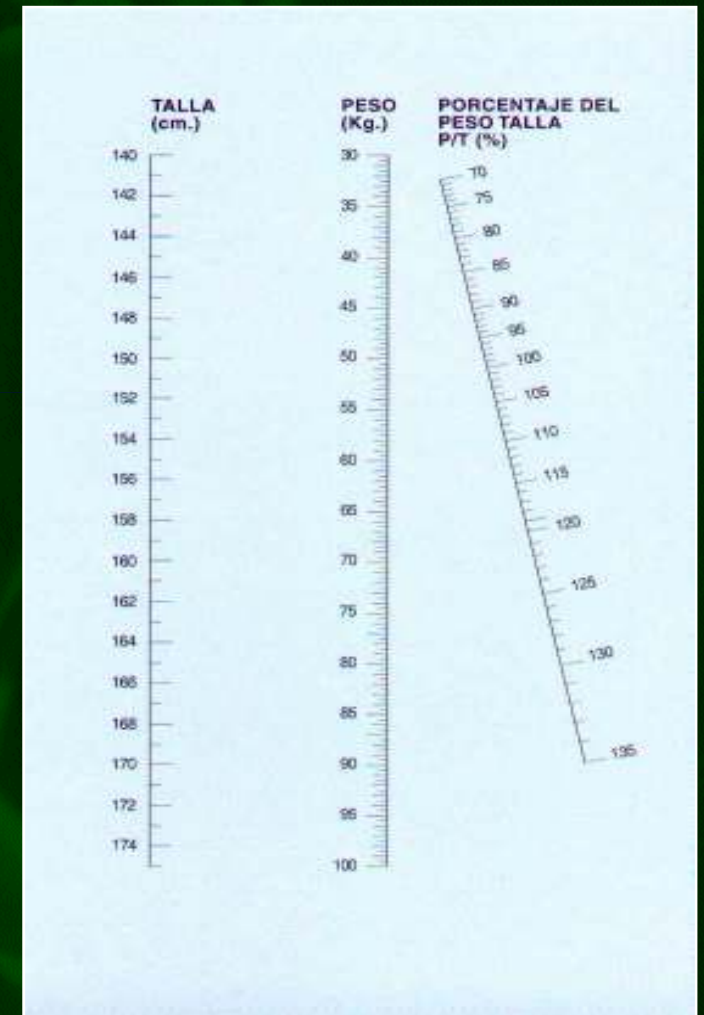
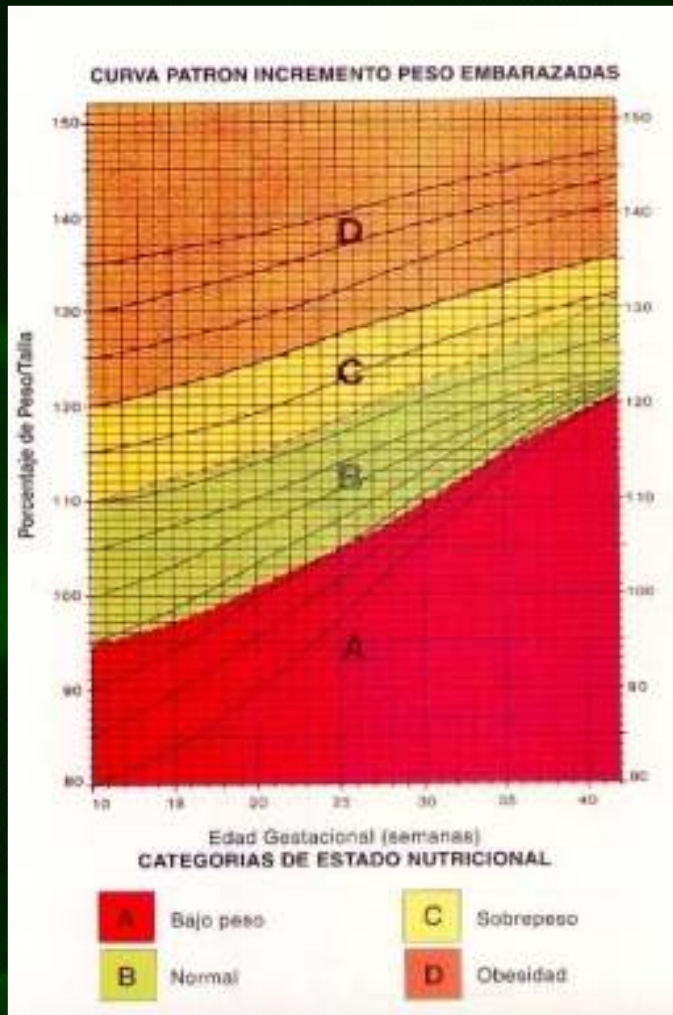
# ASSISTÊNCIA

## Ficha de Acompanhamento Pré Natal



IDADE ANOS	N. DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA	ESTUDO	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL/MARITAL								
<input type="checkbox"/> MENOR DE 15 <input type="checkbox"/> MAIOR DE 35		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO	<input type="checkbox"/> CASAC <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM								
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>PESSOAIS</b>	<b>OBSTÉTRICUS (Anotar o número de)</b>		<b>ALGUM RA PESSOAL MENOS DE 2.500g</b>									
DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO INFERTILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. CRÔNICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CIRURG. PELV. UTERINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	GESTAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ABORTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VAGINIS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CESÁREAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NASC. MORTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO VIVEM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MORRERAM 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MORRERAM APÓS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO MÊS: <input type="text"/> ANO: <input type="text"/>	NASCIMENTO COM MAIOR PESO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM							
<b>GRAVIDEZ ATUAL</b>	ESTATURA	DIA	MÊS	ANO	DÚVIDAS	ARTITETÁRICA	HOSPITALIZAÇÃO RA GRAVIDEZ	GRUPO	TRANSF.	DIA	MÊS	ANO	
PESO ANTER-OR <input type="text"/> kg EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. ODONTOL. NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PÉLVIS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PAPANICOLAOU NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO COLPOSCÓPIA NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. CLÍNICO GEN. X <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
CONSULTA N.º	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA		
SEMANAS DE AMENÓRREA													
PESO (kg)													
PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mmHg)													
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO													
DOF / MOV. FETAL													
ASS. DO PROFISSIONAL													
<b>PARTO</b>	IDADE GESTA	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	INÍCIO	MEMBRANAS	DATA	RUTURA	CEF.	<b>PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO</b>					
HOSPITAL:	<input type="checkbox"/> MENOR DE 37 OU MAIOR DE 42	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IAC <input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.	HORA	DIA	MÊS	<input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAQ.	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> H. PERSISTÊNCIA PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT.				
TERMINAÇÃO	HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO	NÍVEL DE ATENÇÃO		<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PELV. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3º TRIMES. <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRA					
<input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> DES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> DUT.						3	2	1	DOMIC.	OUTRO	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> H. PERSISTÊNCIA PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT.		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> SIM	
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIO. <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCÍTICO <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM													
<b>RECÉM NASCIDO</b>													
SEXO	V.D.P.L.	APGAR 1	APGAR 5	REANIMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EXAME FÍSICO	FESD/G	EX. FÍSICO IMEDIATO	HORA OU DIAS PÓS PARTO OU ABORTO				
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MENOR DE 2.500g <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ADÉQ. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> GRAN.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> PULSO (BATIMENTO/MINUTO) <input type="checkbox"/> PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mm Hg) <input type="checkbox"/> INVÓL. UTERINA <input type="checkbox"/> CARACTERÍSTIC. DOS LOQUÍDOS				
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
ESTATURA	EX. FÍSICO PRÉ-ALTA	EX. NEUROL.	PATOLOGIAS		PUEPÉRIO		ALTA MATERNA		MORTE MATERNA		ORIENT. CONTRAÇÃO		
<input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> CLIVÓDICO	<input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SOB. <input type="checkbox"/> APNÉIAS	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> HIPERBILI. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEURÓC.	<input type="checkbox"/> A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	<input type="checkbox"/> DIL. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA	<input type="checkbox"/> DIL. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA	<input type="checkbox"/> DIL. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA	
PER. CEF.	<input type="text"/> cm												
RN ALO. / CONJ.	ALTA DO RN	IDADE NA ALTM. TRANSFERÊNCIA	IDADE AO ALEGAR.	ALIMENTAÇÃO		PUEPÉRIO		ALTA MATERNA		MORTE MATERNA		ORIENT. CONTRAÇÃO	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> OPATOL. <input type="checkbox"/> ODITO	<input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS	<input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS	<input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> M. XTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	<input type="checkbox"/> DIL. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA	<input type="checkbox"/> DIL. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA	<input type="checkbox"/> DIL. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA	

# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ Primeira Consulta

### ■ Anamnese

- Após ouvir as queixas espontâneas da paciente deve-se perguntar sobre os principais sintomas comuns à gravidez, a depender do período gestacional.
- A anamnese deve ser dirigida para que se possa exercer o papel educador e evitar que a paciente retorne com as mesmas dúvidas ou, o pior, que termine a gravidez desconhecendo aspectos normais deste período.
- Na primeira consulta também deve ser perguntado sobre sinais e sintomas dos principais aparelhos e sistemas do organismo, especialmente aqueles que apresentam complicações freqüentes durante a gravidez (p.ex. aparelhos urinário, cardiovascular e digestivo).



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ *Antecedentes Familiares*

- Identificar a presença de doenças de comportamento familiar que poderão se manifestar inicialmente no período gestacional ( p.ex. Diabete Melito) ou que poderão se agravar neste período.
- Identificar o risco de doenças de transmissão genética e a presença de malformações na família, mesmo que de ocorrência esporádica.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ *Antecedentes Mórbitos Pessoais*

- Identificar a presença de doenças que poderão se manifestar inicialmente no período gestacional ( p.ex. Diabete Gestacional) ou que poderão se agravar neste período (p.ex. hipertensão arterial crônica, Asma).
- Identificar o risco de doenças infecto-contagiosas com risco de transmissão transplacentária (p.ex. Síndrome TORCH)
- Identificar a presença de malformações em gestações anteriores, mesmo que de ocorrência esporádica (p.ex. defeitos abertos do tubo neural ).



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ Antecedentes ginecológicos

- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade)
- uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono)
- infertilidade e esterilidade
- doenças sexualmente transmissíveis
- **cirurgias ginecológicas**
  - miomectomias consevadoras - favorecem roturas uterinas
  - prolapso genital, fístulas véscovaginais - contra-indicam o parto transvaginal
  - curetagens - sinéquias → abortamentos de repetição
  - cirurgias sobre o colo (conização, amputação, correção cirúrgica da insuficiência orifício interno) predispõe a:
    - abortamentos, parto prematuro, RPM
- mamas: alterações e tratamentos, condições dos mamilos
- última colpocitologia oncótica





# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- ***História Menstrual Prévia.***

- Pelo fato da idade gestacional ser estabelecida de acordo com o primeiro dia da última menstruação (DUM) é fundamental perguntarmos sobre a regularidade dos ciclos anteriores.
  - Ciclos menstruais com variações de até 3 dias são considerados como regulares. Apesar da maioria das pacientes inicialmente negarem conhecer a DUM, deve-se forçar a lembrança da data correta utilizando marcos importantes (p.ex. feriados, aniversário, etc.).
  - Também pode-se considerar como confiável a DUM quando primeiro teste de gravidez positivo tiver sido realizado na primeira semana de atraso menstrual.
- Quando a DUM for desconhecida e o ciclo menstrual for regular pode-se utilizar como referência inicial o período aproximado de ocorrência da menstruação ( em relação aos ciclos anteriores) ou seja, utilizar o dia 5, 15 ou 25 para as menstruações que ocorrem no início, meio ou fim de cada mês.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ *História Obstétrica*

- A história obstétrica anterior é um dos principais parâmetros para classificar o risco gestacional e prever a possibilidade de complicações clínicas ou obstétricas nesta gestação.
- Os antecedentes obstétricos também permitem estimar a evolução do futuro trabalho de parto e do próprio parto.
- O total de gravidezes, independente da forma de sua conclusão, é referido como **GESTA** ou **G**;
- o total de partos ( idade gestacional = ou > que 20 semanas) é referido como **PARA** ou **P**
- e o total de abortos ( idade gestacional < que 20 semanas) é referido como **ABORTO** ou **A**.
- No caso de gestações múltiplas deve-se considerar como parto único de gêmeos ou trigêmeos ( p.ex. G:III / P:I I / A: 0, gemelar no primeiro parto).



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Antecedentes obstétricos

- número de gestações (incluindo abortamentos, grav. ectópica, mola hidatiforme)
- número de partos - caracterizá-los
- número de abortamento (espontâneos, provocados, complicados)
- número de filhos vivos
- idade da 1ª gestação
- intervalo entre as gestações



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ Antecedentes obstétricos

- nascidos pré-maturos e pós-maturos
- experiência em aleitamento materno
- recém-nascidos de baixo peso (< 2500g) e com mais de 4000g
- neomortos
- natimortos
- RN com icterícia neonatal, transfusões e exosanguíneotransfusões
- complicações em gestações anteriores



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ Historia Obstétrica

- São consideradas **NULÍPARAS** aquelas que nunca pariram e **PRIMÍPARA** a que já deu a luz a uma criança viável.
- **MULTÍPARAS** são aquelas mães que tiveram 2 ou mais gestações até a viabilidade fetal.
- **PRIMIGRÁVIDA** é aquela paciente que está cursando sua primeira gestação.
- A paciente que se encontra em trabalho de parto é chamada de **PARTURIENTE** e a que já deu a luz é chamada de **PUÉRPERA**.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- A estimativa da data prevista do parto ( **DPP** ) é estabelecida, segundo a regra de Naegele, acrescentando 07 dias ao primeiro dia da última menstruação regular e subtraindo 03 meses do referido mês da menstruação ou acrescentando 09 meses quando o último episódio menstrual ocorreu nos 03 primeiros meses do ano. A variação aceita para esta estimativa é de +/- 7 dias.
- A duração média de uma gestação normal, empregando o cálculo do seu início pela DUM, é de **280 dias ou 40 semanas**.
- O cálculo da idade gestacional ( **IG** ) deverá ser feito somando-se o total de dias de gestação, a partir da DUM, e dividindo-se por 7 ( 7 dias da semana ).
- A IG deve ser referida como números inteiros e o dias restantes referidos separadamente ( p.ex. 12 semanas e 3 dias ou 12 sem e 3 d ou 12 3/7 ).



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ Exame Físico

- É **obrigação** do obstetra na primeira consulta avaliar os principais aparelhos e sistemas orgânicos a fim de detectar a presença de doenças que poderão ser agravadas no curso da gravidez.
- A observação da marcha ( na entrada do consultório e ao se dirigir para a sala de exame), avaliação do turgor e elasticidade da pele, avaliação dos fâneros, coloração das mucosas, presença de edemas ( membros inferiores, superiores ou face), a avaliação do peso, a ausculta e aferição da frequência cardíaca materna, ausculta pulmonar, avaliação da P.A., palpação abdominal para avaliação dos órgãos sólidos (fígado e baço) e a punho percussão lombar bilateral, devem ser realizados de forma objetiva.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- Exame Obstetrico
  - O exame deve iniciar pela avaliação das mamas, atentando para sua normalidade anatômica e especialmente para os mamilos, que determinarão o sucesso da futura amamentação. Na presença do mal posicionamentos dos mamilos deve-se orientar a execução de exercícios durante toda a gravidez, a fim de torná-los mais protusos e fáceis de serem apreendidos pelos recém-nascidos.
  - O estímulo à lactação deve ser dado durante todo o pré-natal, procurando desmistificar crenças populares de que a amamentação deforma os seios ou a existência de "leite fraco".

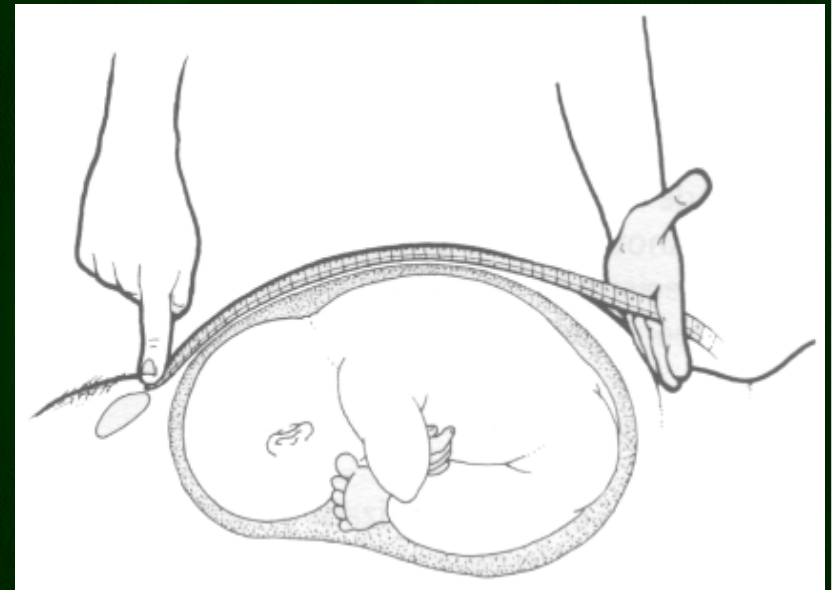




# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

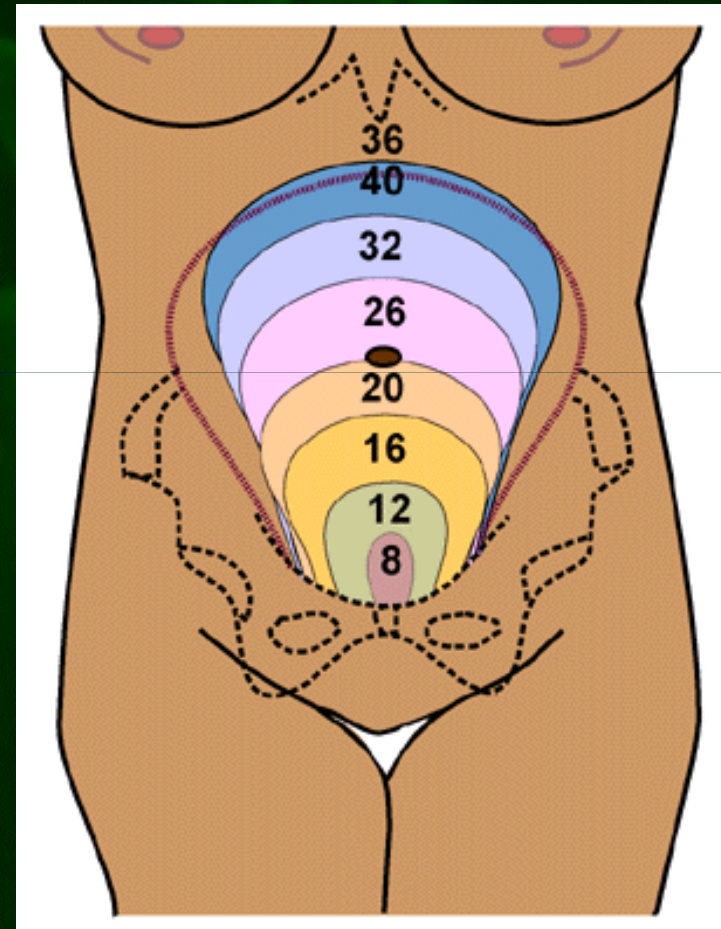
## Mensuração do Fundo Uterino

- 1- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto.
- 2- Realizar as quatro manobras de Leopold ( palpação abdominal ).
- 3- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- 4- Fixar uma extremidade da fita métrica (ponto zero) sobre a borda superior da sínfise púbica.
- 5- Deslizar a borda cubital da mão, percorrendo a linha mediana do abdômen até a altura do fundo do útero, com a fita métrica entre os dedos indicador e médio. Proceder a leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino ( técnica da tangente).
- 6- Pode-se realizar a técnica da medida em arco, onde a fita métrica é fixada abaixo da borda cubital da mão que avalia o fundo uterino. Como é de se esperar, esta técnica determina uma diferença de medida de aproximadamente 1 a 2 cm em relação a outra, devendo ser portanto especificada quando for utilizada.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

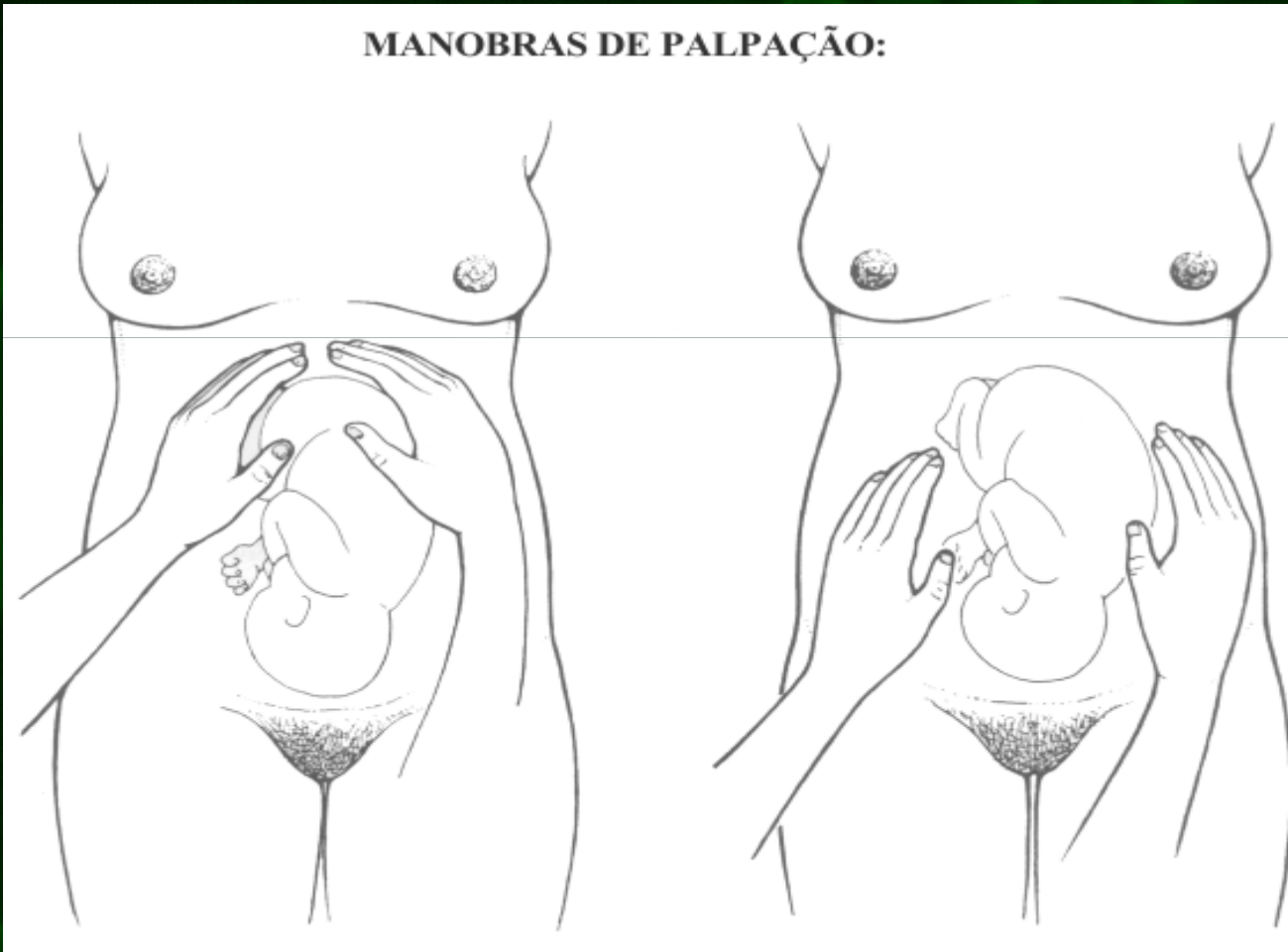
- Fundo Uterino / Idade Gestacional
- Relação direta IG / FU ( 18 a 34 sem.)



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

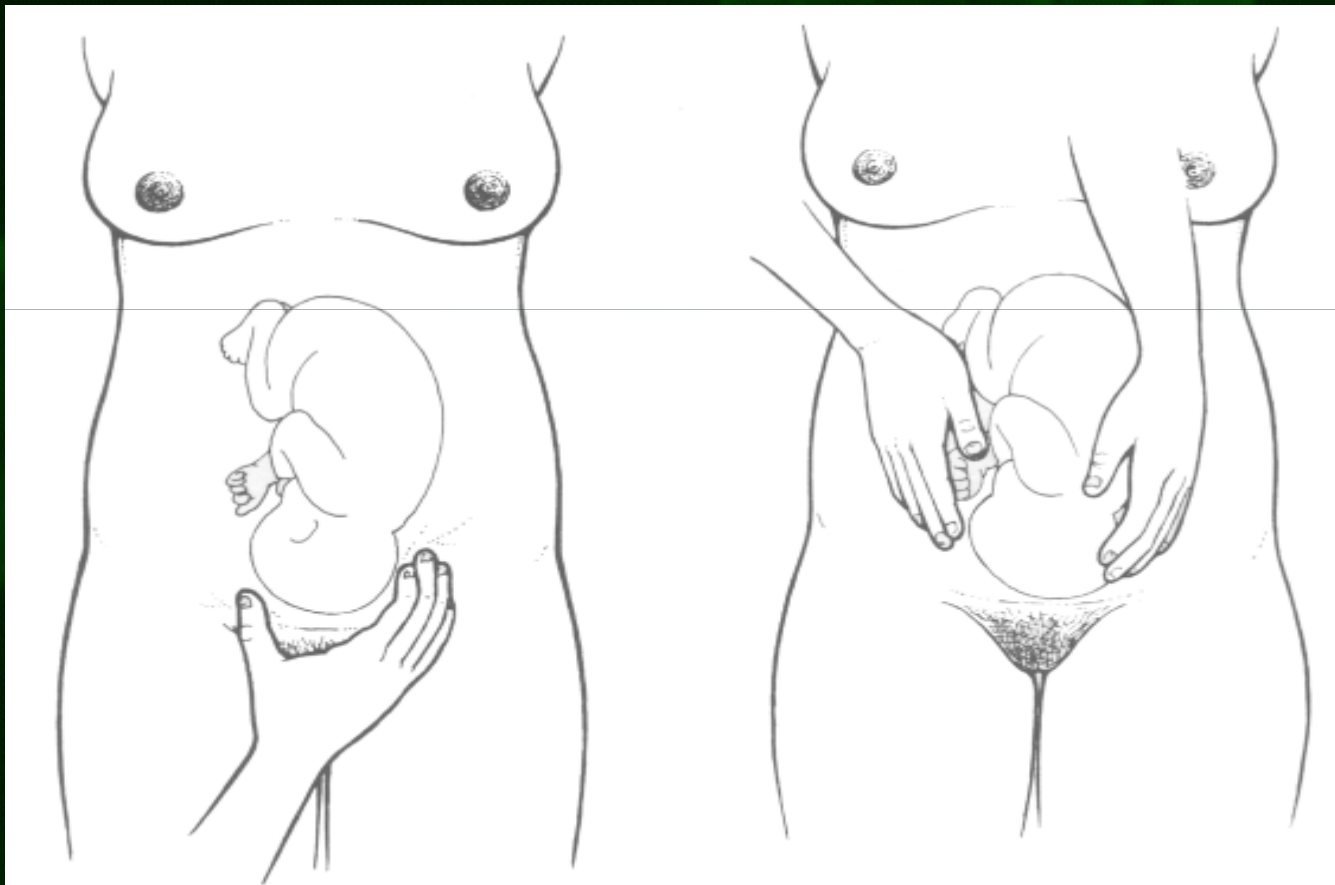
## Manobras de Leopold – 1 e 2

MANOBRAS DE PALPAÇÃO:



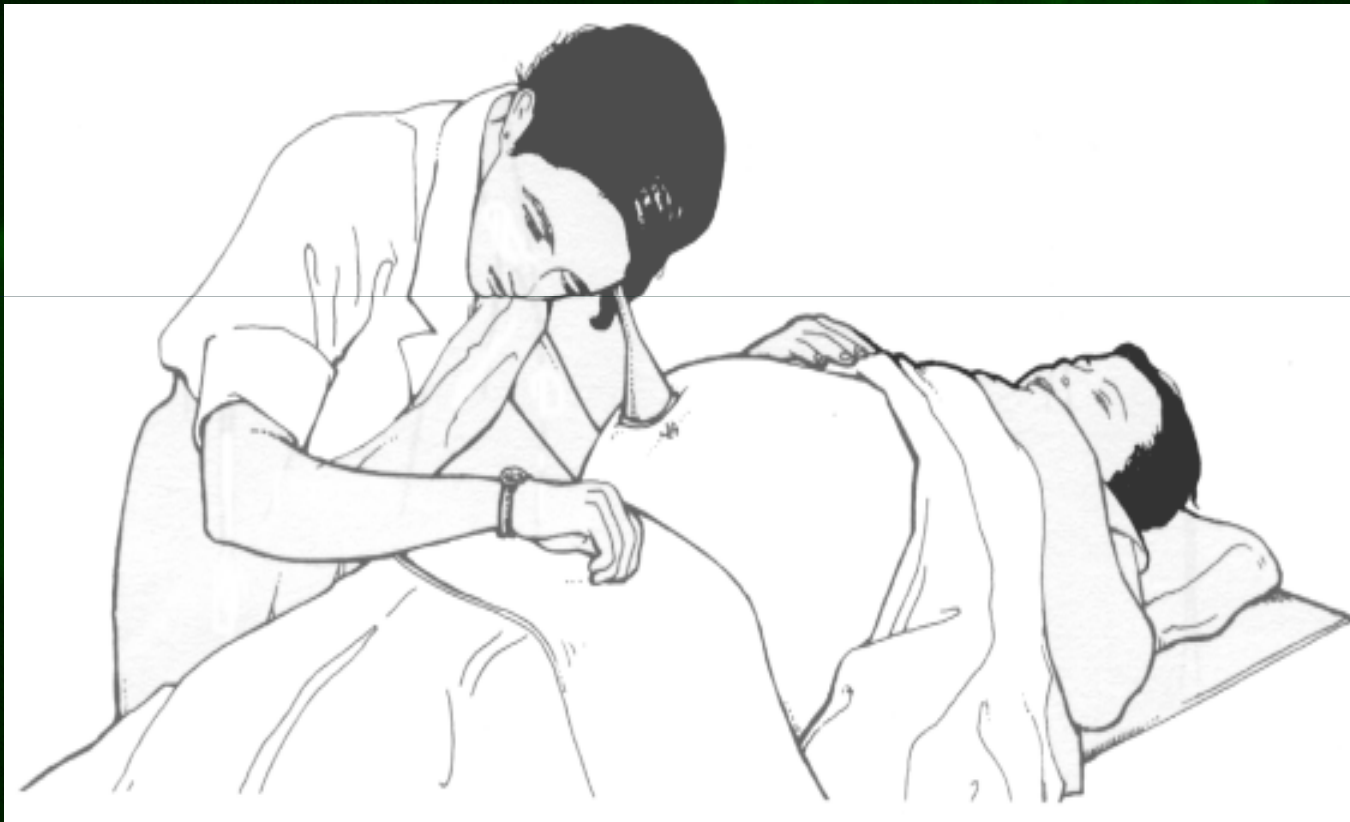
# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## Manobras de Leopold – 3 e 4



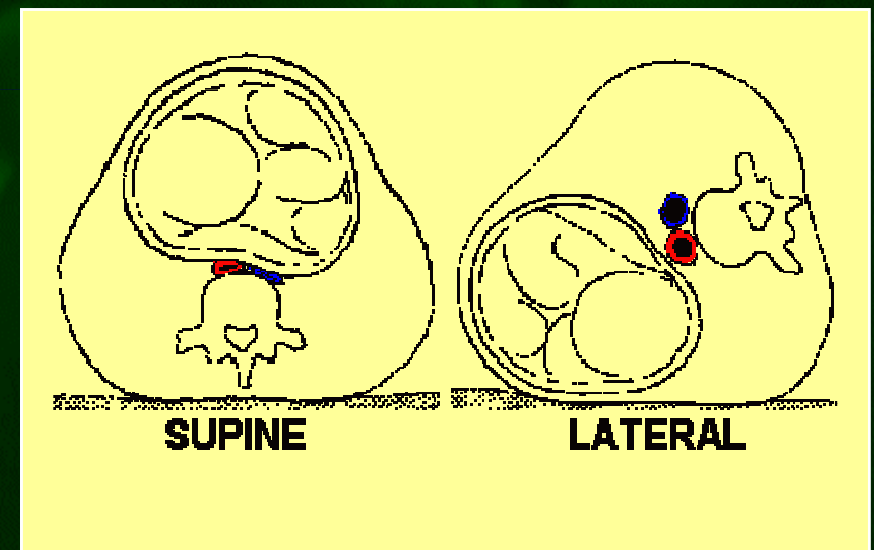
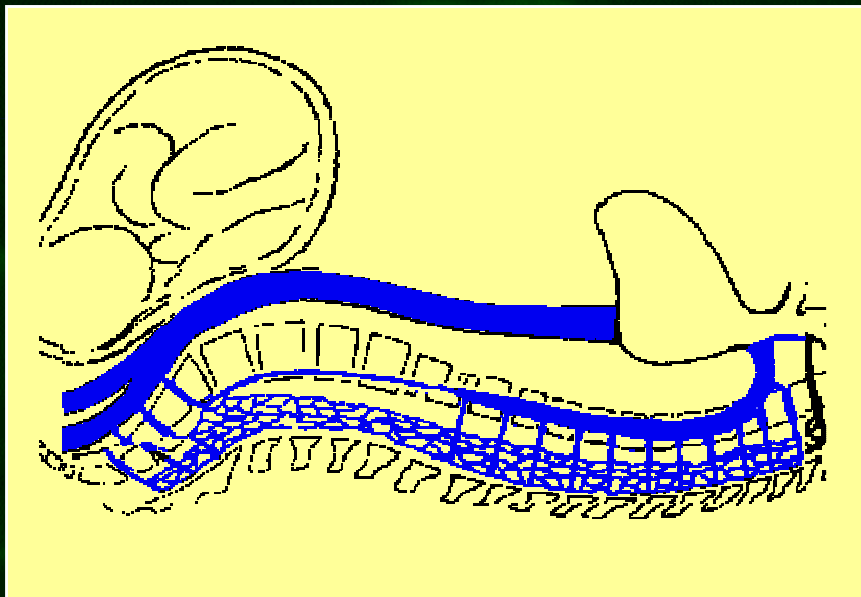
# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## Ausculata Fetal com Estetoscópio de Pinard

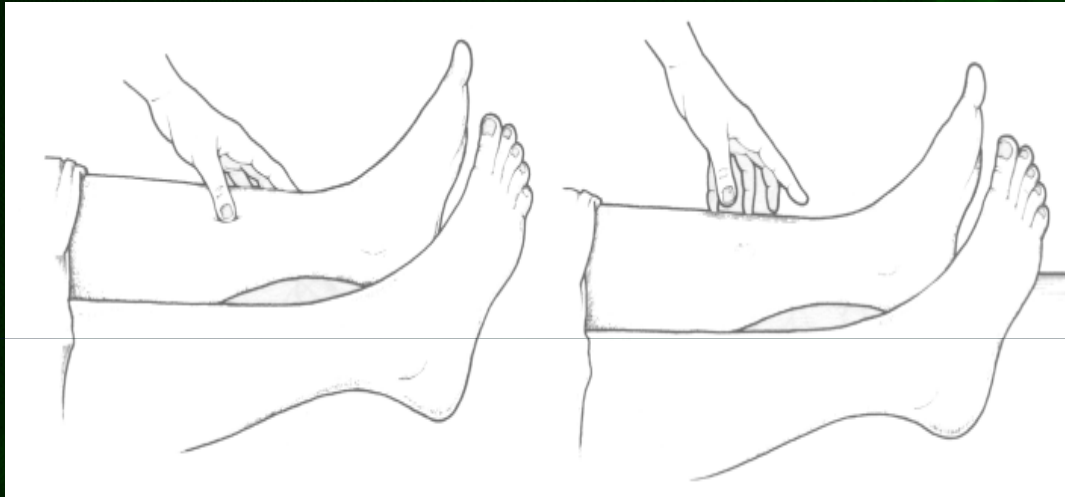


# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## Síndrome da Compressão da Veia Cava



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL



Pesquisa de Edemas



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## Exame Especular

- inspeção dos genitais externos
- exame especular:
  - inspeção das paredes vaginais
  - inspeção do colo uterino
  - toque vaginal: é mandatório na 1ª consulta e deve ser semanal a partir da 38ª semana.
  - outros exames que se fizerem necessários





# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## Exames Complementares

- Hemograma
  - Tipagem sanguínea
  - VDRL
  - HbsAg / Anti HBc IgM
  - Perfil imunológico p/ TORCH
  - Glicemia
  - EAS
  - PPF
  - Colpocitologia
  - USG Obstétrica
- T**oxoplasmose  
**O**utros  
**R**ubéola  
**C**itomegalovírus  
**H**erpes



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## ■ Hemograma

- Durante a gestação, ocorrem modificações na composição sangüínea. Apesar do aumento absoluto do número de hemácias, observa-se incremento maior do volume plasmático, atingindo valor máximo na segunda metade da prenhez e determinando diluição dos glóbulos vermelhos. Esta alteração caracteriza a chamada **pseudo-anemia ou anemia fisiológica**.
- A anemia verdadeira, comum nas grávidas corresponde à anemia por deficiência de ferro, que se traduz por: hemoglobina inferior a 11 g/dl, hematócrito abaixo de 32%. O esfregaço do sangue periférico demonstra hemácias pequenas, hipocrômicas, de formas e tamanhos variados.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Anemia

- hemoglobina inferior a 11 g/dl,
- hematócrito abaixo de 32%.



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

- Níveis de ferro sérico menores que 30 microgramas/dl e ferritina plasmática menor do que 10 microgramas/l são marcadores confiáveis na anemia ferropriva.
- O leucograma na gestante demonstra aumento celular às custas dos neutrófilos, podendo estar acima de 15.000 leucócitos/dl. **Entretanto, não se observam formas jovens caracterizando o desvio para esquerda, freqüentemente observado nos quadros infecciosos agudos.**



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## VDRL

- Repetir no 2 e 3º trimestre
- Se ( + )  $\Rightarrow$  FTA-Abs
- Tratamento - Penicilina Benzatina  
2.400.000 u/IM/sem, 3 semanas
- Rastrear e tratar parceiro sexual



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

- Glicemia de jejum:  
≥ 85 mg/dl, suspeita ≥ 110 mg/dl, 2x
- Teste simplificado 50g
- TOTG com 75g (2h) ou 100g (3h)
- Glicosúria - **NUNCA**



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## Toxoplasmose

IgG	IgM	Conclusão	Tratamento	Exames
Negativo	Negativo	Sem imunidade	Não tratar	Repetir 3/3 meses
Positivo	Negativo	Imune	Não tratar	Não repetir
<b>Negativo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Infecção atual</b>	<b>Tratar (*)</b>	Repetir para controle de cura
<b>Positivo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Infecção recente</b>	<b>Tratar (*)</b>	

# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## Principais Marcadores Virais de Hepatites Pesquisados no Soro de Pessoas Infectadas por estes Vírus

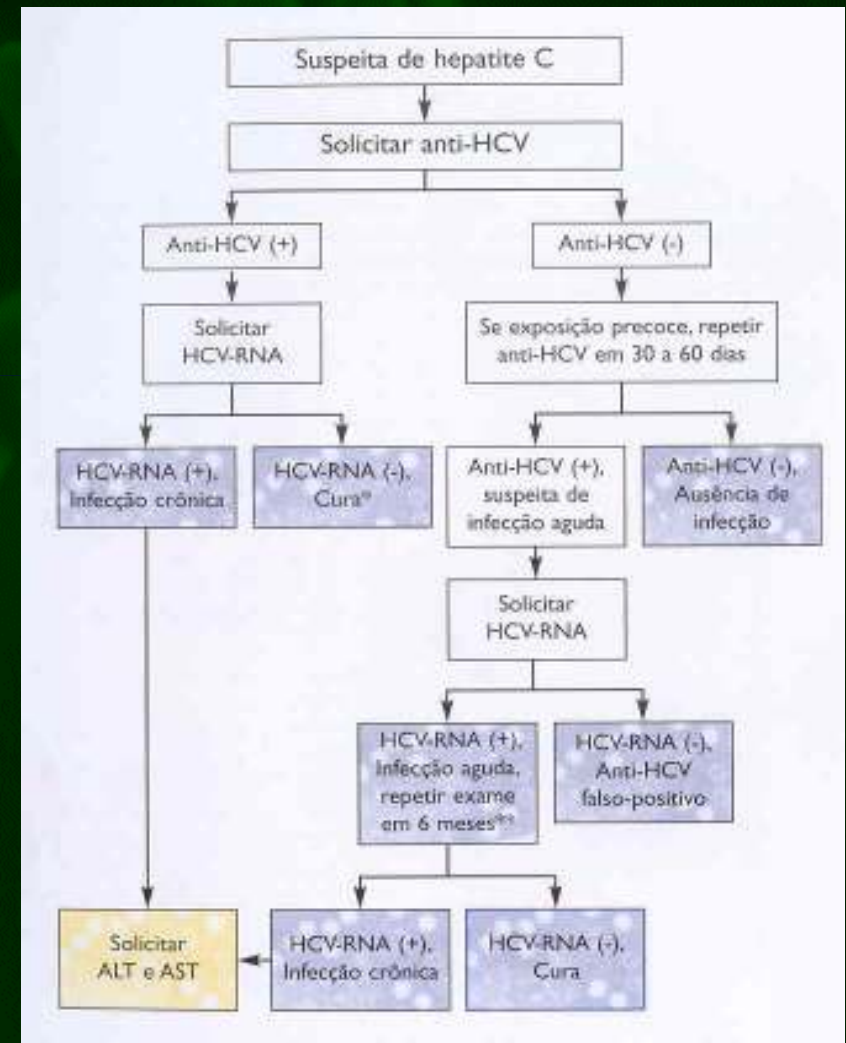
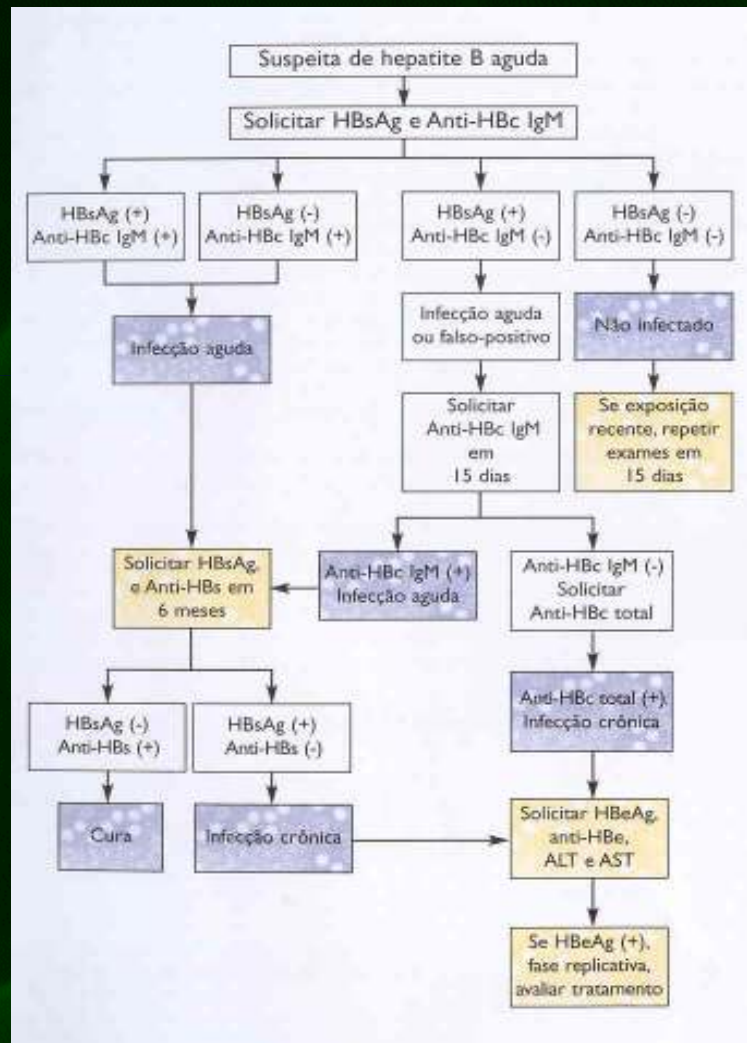
Tipo Viral	Marcadores Sorológicos	Sigla Do Marcador Sorológico
A	Anticorpo contra o vírus A	Anti-HAV
B	Antígeno de superfície	HBs Ag
	Antígeno e	Hbe Ag
	Anticorpo anti-HBs	Anti-HBs
	Anticorpo anticore	Anti-HBc
	Anticorpo anti-e	Anti-Hbe ← 90% TV
	DNA viral (genoma)	HBV-DNA
	DNA-polimerase	DNA-p
C	Anticorpo contra o vírus C	Anti-HCV
D	Anticorpo contra o vírus D	Anti-HDV
E	Anticorpo contra o vírus E	Anti-HEV

**NOTA:** Os anticorpos são de dois tipos, o IgM, indicador de fase aguda, e o IgG, indicador de fase tardia (imunidade).





# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## ■ Ultrassonografia

- Primeiro Trim.: entre 10 e 14 semanas
- Segundo Trim.: entre 18 e 22 semanas
- Primeiro Trim.: entre 32 e 36 semanas



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## A cada nova consulta

### Motivo da consulta

- assinalar se é uma consulta de rotina ou se há algum outro motivo para o comparecimento, neste caso, descrever as queixas
- **obter breve história do período**
- **interrogar sobre:**
  - contrações
  - sangramentos
  - secreções vaginais
  - disúria
  - distúrbios gastrintestinais
- **movimentação fetal**



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- **Roteiro das consultas subsequentes**
  - revisão da ficha perinatal e anamnese atual
  - cálculo e anotação da idade gestacional
  - palpação obstétrica e medida da altura uterina
  - ausculta dos batimentos cardíaco-fetais
  - pesquisa de edema
  - toque vaginal, exame especular e outros exames necessários
  - interpretação dos exames laboratoriais e solicitação de outros se necessário
  - controle do calendário de vacinação
  - realização de práticas educativas
  - agendamento de consultas subsequentes



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

---

## Imunizações

- **Anti-Tetânica**
  - realizada a partir da 20ª semana, reforçada após 2 e 6 meses de cada dose respectivamente.
- **Situações Especiais**
  - Hepatite A, Hepatite B e Febre Amarela
- **Nao Permitidas**
  - Sarampo, Rubéola, Cachumba e Varicela

**Amamentação não contra-indica a vacinação**

