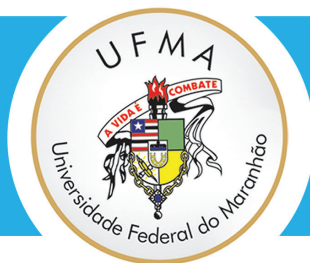


PROGRAMA MULTICÊNTRICO DE QUALIFICAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR A DISTÂNCIA



ABORDAGEM DOMICILIAR EM SITUAÇÕES CLÍNICAS COMUNS MATERNO-INFANTIS

UNIDADE 1

ABORDAGEM MATERNA NO PRÉ-NATAL



UNIDADE 1



UNIDADE 2



UNIDADES 3 e 4



UNIDADE 5



UNIDADE 6

**MARIA JOSÉ SANCHES MARIN
MARIA PAULA FERREIRA RICARDO
MARILIA SIMON SGAMBATTI**

**UNIDADE 1
ABORDAGEM MATERNA NO PRÉ-NATAL**

**São Luís
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de
Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - UFMA

Diretor – Othon de Carvalho Bastos Filho

Coordenador Pedagógico – Reinaldo Portal Domingo

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2011

Todos os direitos reservados à Universidade Federal do Maranhão

Créditos:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

**Praça Gonçalves Dias, Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA) da
Universidade Federal do Maranhão - UFMA**

Designer instrucional: Cácia Samira de Sousa Campos

Normalização: Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13a Região, Nº
de Registro – 453

Revisão de conteúdo: Leonardo Cançado Monteiro Savassi, Mariana Borges Dias

Revisão ortográfica: Fábio Allex

Revisão técnica: Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Edinalva Neves Nascimento,
Eurides Florindo de Castro Júnior, Renata Ribeiro Sousa

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Abordagem domiciliar de situações clínicas comuns materno-infantis:
abordagem do recém-nascido/Maria José Sanches Marin; Maria Paula
Ferreira Ricardo; Marília Simon Sgambatti (Org.). - São Luís, 2013.

24f. : il.

1. Atenção à saúde. 2. Atenção domiciliar. 3. Saúde da criança. 4.
Recém-nascido. 5. UNASUS/UFMA. I. Savassi, Leonardo Cançado
Monteiro. II. Dias, Mariana Borges. III. Título.

613.9-053.2

SUMÁRIO

UNIDADE 1	09
1 ABORDAGEM MATERNA PRÉ-NATAL	11
1.1 Avaliação e manejo domiciliar na pré-eclâmpsia	11
1.2 Avaliação e manejo domiciliar na diabetes mellitus gestacional	14
1.3 Avaliação e manejo domiciliar em distúrbios da coagulação na gestação	19
REFERÊNCIAS	24

UNIDADE 1 - ABORDAGEM MATERNA PRÉ-NATAL

APRESENTAÇÃO

Nesta unidade exploraremos três pontos considerados de grande importância para a abordagem materna no pré-natal:

- 1. Avaliação e manejo na pré-eclâmpsia;**
- 2. Avaliação e manejo na diabetes mellitus gestacional;**
- 3. Avaliação e manejo em distúrbios de coagulação na gestação.**

O objetivo é identificar situações de risco, estratégias de avaliação e manejo das principais condições clínicas materno-infantis em domicílio.



1 ABORDAGEM MATERNA PRÉ-NATAL

1.1 Avaliação e manejo domiciliar na pré-eclâmpsia

O que é?

Os distúrbios hipertensivos, de acordo com Lowdermilk (2002) encontram-se presentes em 5% a 10% das gestantes e caracterizam-se pela elevação da pressão sanguínea materna, de forma que coloca em risco a saúde da mãe e do feto, indo de encontro com alguns estudos realizados no Brasil (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Quando a hipertensão arterial está associada à perda de proteína na urina e edema, é denominada pré-eclâmpsia (Doença Hipertensiva Específica da Gestação - DHEG). Geralmente desenvolvem-se após as 20 semanas de gestação ou no início do período pós-parto em uma mulher previamente normotensa, podendo se estender por até 42 dias após o parto. Adolescentes menores de 17 anos de idade, assim como mulheres com mais de 40 anos de idade estão em maior risco (BRANDEN, 2000).



Pré-eclâmpsia: uma abordagem clínica

Os profissionais de saúde têm um papel importante no cuidado tanto domiciliar preventivo, como hospitalar durante as intervenções e tratamento. Portanto, é indispensável o treinamento e conhecimento da equipe para estar atenta a qualquer tipo de intercorrência destinada a este agravo.

Como avaliar?

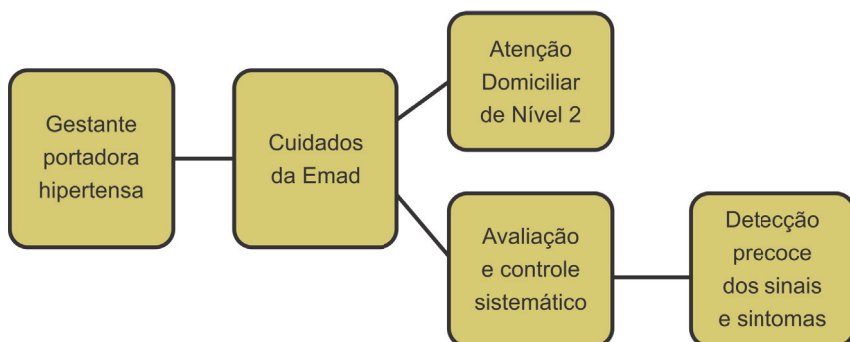
As pressões sanguíneas do primeiro trimestre servem de valores basais para a mulher. Uma definição alternativa para a hipertensão consiste em uma elevação da pressão sanguínea sistólica igual ou maior a 30 mm Hg, ou um aumento diastólico maior ou igual a 15 mm Hg.

A amostra de urina de 24 horas, a proteinúria consiste em uma concentração de 0,3 g/l em 24 horas. Ao edema, acúmulo de líquido corporal nas mãos e ou abdômen que não responde a 12 horas de repouso no leito.

Apresençadossinaisesintomasmencionadosanteriormente, junto a uma boa história clínica, fornecerá informações suficientes para chegar ao diagnóstico preciso deste agravo.

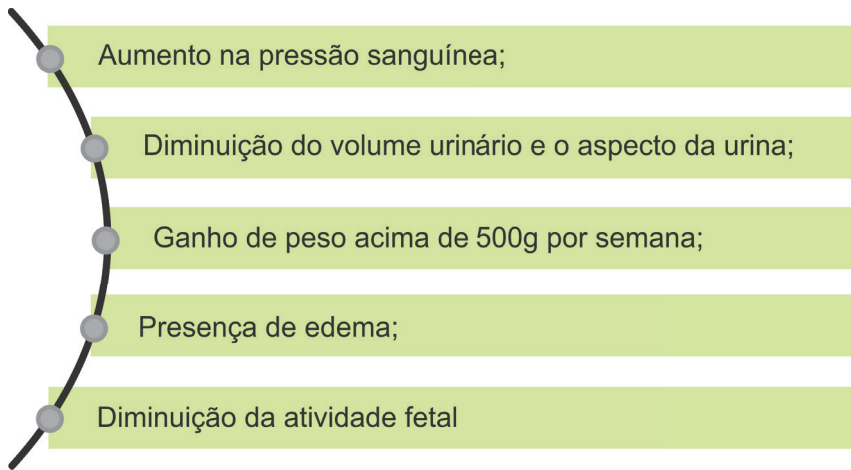
Como manejar?

A gestante portadora hipertensa deve ser mantida sob cuidados da Emad, dentro da Atenção Domiciliar de Nível 2, considerando a necessidade de avaliação e controle sistemático para detecção precoce da exacerbação dos sinais e sintomas e suas consequências.



A Emad deve avaliar o ambiente domiciliar, incluindo a capacidade da mulher e ou familiares/cuidadores para assumir a responsabilidade do autocuidado, os sistemas de apoio, a linguagem, a idade, a cultura, as crenças, e os efeitos da doença, para determinar se o cuidado domiciliar é uma opção viável.

Não deixe de enfatizar à paciente, os casos de comunicação imediata:



Aspectos principais de orientação às gestantes:

- Realizar autoavaliação dos sinais clínicos de pré-eclâmpsia evitando o agravamento da condição;
- Repouso no leito e sobre o relaxamento e sobre a dieta como opções de tratamento paliativo para diminuir a pressão sanguínea e para promover a diurese;
- Monitorar a pressão arterial, a quantidade e aspecto da diurese;
- Contatar a equipe de saúde diante de alterações da percepção de consciência e presença ou diminuição dos movimentos fetais.

Quando referenciar

A avaliação destas gestantes em tratamento domiciliar deve ser diária. A necessidade de deslocamento para o ambiente hospitalar pode se dar de acordo com a evolução clínica da paciente, podendo-se optar desde o primeiro momento por direcionar esta paciente de acordo com sinais e sintomas percebidos como graves (aumento da pressão arterial, diminuição da diurese, alterações no padrão respiratório, rebaixamento do nível de consciência, convulsão, diminuição ou ausência dos movimentos fetais, alterações de frequência e ritmo de pulso, aumento de edema e peso).

1.2 Avaliação e manejo domiciliar na diabetes mellitus gestacional

O que é?

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como distúrbio do metabolismo dos carboidratos, das proteínas e das gorduras, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, caracterizando-se por hiperglicemia de jejum e redução da tolerância à glicose, desde que seu início ou diagnóstico ocorra durante a gestação (MELSON et. al., 2002).

Sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais).

O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o **hormônio lactogênico placentário**, embora outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estejam envolvidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006).

No Brasil, o diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas, sendo sua prevalência na população adulta de 7,6% (BRASIL, 2001). Sendo por isso, de extrema importância o conhecimento de tal patologia.

Como avaliar?

Os dados coletados durante a história clínica podem auxiliar na avaliação da DMG, sendo considerados fatores de risco para diabetes mellitus gestacional a idade superior a 25 anos, deposição central excessiva de gordura, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez em curso, história familiar de diabetes mellitus em parentes de primeiro grau e baixa estatura ($\leq 1,51\text{m}$). Recomendam, igualmente, que, na presença de fatores de risco, sendo o primeiro rastreamento negativo, que este seja repetido no terceiro trimestre (DODE; SANTOS, 2009).



Quer saber mais sobre os fatores de risco para a DGM?

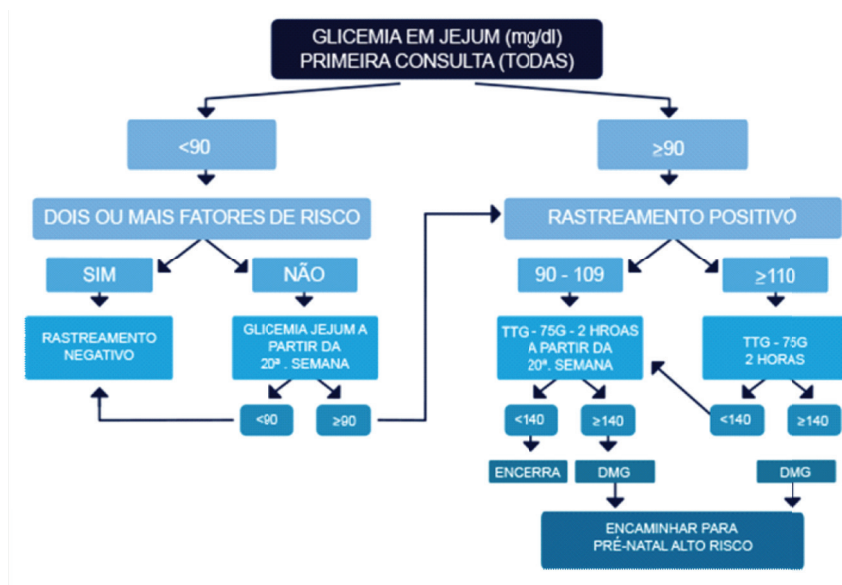
Clique aqui!

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2009000500021&script=sci_arttext

Excesso de peso, sedentarismo e dieta desequilibrada são hábitos de vida danosos em qualquer situação ou ciclo de vida, devendo ser evitados para se promover boas práticas de promoção à saúde, mas na gestação podem estar relacionados ao desenvolvimento da DMG. Em algumas mulheres, tais fatores provocam a diabetes gestacional, quadro em que o organismo não produz insulina o bastante para assimilar todo o açúcar no sangue. Geralmente o pâncreas na gestação eleva sua produção de glicose aproximadamente em 3 vezes mais que uma mulher não grávida. Esta condição apresenta complicações em aproximadamente 5% das gestações.

O diagnóstico da DMG deverá contemplar os dados achados na história clínica, além de:

Esquema recomendado para a detecção de diabetes Mellitus gestacional pelo Ministério da Saúde



Também devem ser considerados achados como: fundo do útero mais alto do que a idade gestacional, frequência urinária aumentada após o 1º trimestre, glicosúria persistente, sede ou fome excessiva.

Complicações devido à inabilidade frente ao diagnóstico ou manejo inadequado podem aparecer na forma fetal ou materna.

Como manejar?

A portadora de diabetes gestacional deve ser mantida sob cuidados de acompanhamento em Unidades Ambulatoriais de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), assim como também em

Unidades de Atenção Básica (ESF ou UBS), considerando a necessidade de avaliação periódica, visando o seu controle e estabilização do quadro. Quando presentes suas complicações, e com recomendação clínica de repouso, estas gestantes podem ser acompanhadas, exclusivamente, por Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emad), de acordo com a intensidade de cuidados necessária.

O controle metabólico, independentemente da estratégia empregada, é o preditor isolado mais importante do desfecho da DMG (FEBRASGO, 2011). Para conseguir um controle adequado, os profissionais de saúde podem fortalecer o cuidado na atenção domiciliária, frente à construção de um plano de acompanhamento da gestante.

Orientar a gestante e/ou cuidador a monitorar os níveis de glicose no domicílio 4 vezes ao dia: em jejum, antes e após uma refeição e antes de deitar-se à noite. Fornecer a usuária o kit de teste de glicemia capilar.

Profissionais da Emad ou Nasf podem colaborar no acompanhamento destas gestantes, da seguinte forma:

- **Nutricionista** poderá orientar uma dieta com quantidades adequadas de proteína (1,3 a 1,7 g/kg de peso corporal), carboidratos (150 a 200 g) e gorduras (60 a 80 g), pois a dieta balanceada promove o crescimento do feto e as adaptações maternas, reduzindo o risco de complicações materna e infantil, sendo que o ganho ponderal deve ser de 1 a 2 kg durante o 1º trimestre e a partir daí, 0,4 kg por semana (MELSON et al., 2002).
- **Educador físico** poderá orientar a rotina de exercícios físicos, evitando atividades súbitas, de alto impacto e/ou exercícios esporádicos.



Acolher a gestante de forma multiprofissional e interdisciplinar pode favorecer sua confiança em relação ao seu estado e de seu (a) filho (a), diminuindo sua ansiedade durante a gestação.

O uso de terapias medicamentosas ainda é discutido amplamente devido ao seu fator teratogênico. São exemplos de antidiabéticos orais que vêm sendo propostos para uso durante a gestação a metformina e a glibenclamida (ou gliburida). Esta, ao contrário das outras sulfonilureias, atravessa a barreira placentária em doses mínimas e tem sido estudada no controle da DMG (FEBRASGO, 2011).

Nesta condição o uso de insulina humana intermediária ou ultra lenta são as opções mais adequadas, da seguinte forma: 2/3 da dosagem pela manhã e 1/3 da dosagem à tarde, em caso de glicose pós-prandial abaixo de 140 mg/dl). A insulina de escolha para o horário noturno deve ser a NPH, evitando assim, os quadros de hipoglicemia de madrugada. A Associação Americana de Diabetes (2004) sugere 0,7 u/kg no 1º trimestre, 0,8 u/kg no 2º e 0,9 u/kg no 3º trimestre.

O uso da insulina é seguro durante a gestação e o objetivo da terapêutica é a normalização da glicose materna. As adequações de doses serão ajustadas pelos perfis glicêmicos, sendo possíveis vários esquemas de insulinização. Na prática, associa-se, sempre que necessário, a insulina regular nos horários pré-prandiais, para cobertura das hiperglicemias pós-prandiais, de modo isolado ou em associação com a NPH, possibilitando um excelente desfecho para o binômio mãe/bebê (FEBRASGO, 2011).

Quando referenciar?

A gestante deve ser referenciada ao setor de urgência e/ou emergência quando aparecerem sintomas de hipoglicemia (glicose < 60 mg/dl) ou cetoacidose diabética (glicose > 250 mg/dl) para as correções e normalizações do perfil metabólico. Os sinais e sintomas mais comuns destas complicações são: nervosismo, calafrios, tremores, fraqueza, fome, pele úmida e pálida, alterações respiratórias, alterações de pulso, cefaleia, desorientação, convulsões, rebaixamento do nível de consciência, sede, náuseas, vômitos, dor abdominal, hálito cetônico, entre outros.

Também considerar que a gestante portadora de DMG, deve ser acompanhada ambulatorialmente em serviço de referência a gestação de risco, além de ser acompanhada em Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

1.3 Avaliação e manejo domiciliar em distúrbios da coagulação na gestação

O que é?

A anticoagulação e gravidez são uma associação que suscita cuidados especiais, uma vez que demanda o reequilíbrio da fisiologia da coagulação, o risco de tromboembolismo materno e de hemorragia inerentes ao uso de anticoagulante, conjugados aos distintos momentos da gestação, do parto e do puerpério.

Acrescenta-se a isso, o efeito teratogênico de alguns tipos de anticoagulantes orais, como a varfarina sódica.



Confira a classificação dos distúrbios da coagulação na gestação!

Há duas modalidades de anticoagulação a serem consideradas durante o ciclo gravídico-puerperal:

1. A anticoagulação permanente – utilizada por mulheres que apresentam condições trombotógicas pré-gestacionais e cujo benefício supera riscos, como próteses mecânicas cardíacas e fibrilação atrial, correspondendo, respectivamente, a 38% e 32% das gestantes com cardiopatia sob anticoagulação.

2. A anticoagulação transitória – é indicada em estados clínicos inexistente antes da gestação. Neste grupo destacam-se, pela frequência, a trombose venosa profunda e o tromboembolismo pulmonar. Também não é rara, durante a gravidez, a cardioversão elétrica, sob anticoagulação transitória, para reverter ao ritmo sinusal a fibrilação ou o flutter atrial, sendo esta considerada o método de escolha por ser mais eficiente, abreviar o período de instabilidade hemodinâmica materna e evitar a administração de outros fármacos (AVILA; GRINBER, 2005).

Como avaliar?

Na gestante com distúrbio de coagulação deve ser avaliada a condição clínica, os medicamentos que utiliza, além de condições que se somam como agravantes a elas como idade, paridade, tabagismo, obesidade, repouso prolongado, parto cesárea, que elevam a incidência de fenômeno tromboembólico no ciclo gravídico-puerperal. A história clínica da gestante, associada aos exames laboratoriais, especialmente a Relação Normalizada Internacional (RNI) deve ser uma prática regular.

Como manejar?

Frente aos riscos que os distúrbios de coagulação representam à gestante e ao feto, recomenda-se acompanhamento regular por uma equipe de atendimento domiciliar da rede básica, desde que esta gestante esteja impossibilitada de comparecer ao serviço de Atenção Básica (UBS ou ESF) a fim de detectar precocemente possíveis descompensações, minimizando os riscos.

Não há consenso sobre qual seria o melhor esquema de anticoagulação para as gestantes frente aos diversos riscos. A heparina não fracionada (HNF) e a heparina de baixo peso molecular (HBPM) não atravessam a barreira placentária, e, por isto, são, conceitualmente, os anticoagulantes preferenciais durante a gravidez. Contudo, seu uso prolongado associa-se a efeitos colaterais maternos, incluindo trombocitopenia, hemorragia e osteoporose, além do alto custo.

Considerando as dificuldades no manejo da situação, o Instituto do Coração de São Paulo (Incor) estabeleceu estratégias para o tratamento, a partir de distintos momentos do ciclo gravídico-puerperal:

Momento I	Momento II	Momento III	Momento IV	Momento V
Planejamento familiar	Primeiro trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre	Parto e puerpério
Conscientização da paciente/casal, capacidade da equipe médica, avaliação dos recursos de infraestrutura;	Evitar teratogênes, substituir o anticoagulante, controlar a anticoagulação, evitar hemorragia;	Retornar ao anticoagulante oral, controlar a anticoagulação, evitar hemorragia;	Redirecionar para a anticoagulação parenteral, controlar a anticoagulação, evitar hemorragia, planejar o parto, considerar a hospitalização;	Adequar o parto e a anestesia, adequar a anticoagulação parenteral, reintroduzir a anticoagulação .

Cuidados redobrados devem ser tomados no caso de qualquer alteração no estado de saúde. A alimentação deve ser cuidadosamente monitorada, considerando a existência de alimentos que alteram a coagulação do sangue e o efeito dos medicamentos.

A gestante e familiares devem ser orientados a:

- Seguir corretamente o uso da medicação anticoagulante;
- Evitar os produtos que possam interferir com o uso do anticoagulante;
- Avisar o médico quando prescrever alguns medicamentos, que a gestante está fazendo uso do anticoagulante;
- Utilizar apenas medicamentos prescritos pelo médico;
- Evitar alimentos ricos em vitamina K (couve flor, alface, nabo, aspargo, brócolis, agrião);
- Manter uma dieta constante em seus componentes;
- Avaliar sinais e sintomas (fraqueza, enchimento venoso, mudança no estado mental, turgor da pele, mucosa seca, pressão sanguínea diminuída, frequência cardíaca aumentada);
- Evitar atividades com risco de lesões;
- Comunicar profissionais como dentistas e manicures sobre o uso desta medicação;
- Evitar injeção intramuscular.

Quando referenciar

As gestantes com distúrbio de coagulação devem ser acompanhadas periodicamente em serviço especializado. Além disso, cabe o referenciamento sempre que apresentar alterações no seu estado de saúde. A introdução ou retirada de qualquer medicamento deve ser acompanhada por especialista.

REFERÊNCIAS

- AVILA, W. S.; GRINBER, M. Anticoagulação, gravidez e cardiopatia: uma tríade, três domínios e cindo momentos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, p.44-48, jan. 2005.
- _____. Anticoagulação durante gravidez de mulher portadora de cardiopatia. **J Vasc Bras**, v. 9, n. 1, p. 42-45, 2010.
- BRANDEN, P. S. Enfermagem materno-infantil. Tradução de Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. 524 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual técnico da assistência pré-natal**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.66p.
- DODE, M. A. S. O.; SANTOS, I. S. S. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 5, p. 1141-1152, maio. 2009.
- FEBRASGO. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**. Casa Editora Médica, 2011. 220 p.
- GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. **Rev. Bras. Enf.**, v. 58, n. 1, p. 61-4, jan./fev. 2005.
- LOWDERMILK, D. L.; SHANNON, E. P.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

