



CÂMARA DOS DEPUTADOS

***PROJETO DE LEI N.º 11.008, DE 2018**
(Da Sra. Mariana Carvalho)

Dispõe da adequação gestacional do pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

NOV DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER;

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD); E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD).

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

(*) Atualizada em 12/2/2020 em razão de novo despacho.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º – Esta Lei prevê que toda gestante que realize o pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, seja na esfera municipal, estadual ou federal, terá o direito de acesso ao exame de triagem pré-natal combinada para pré-eclâmpsia, a ser aplicado com o propósito de tornar possível o diagnóstico precoce, monitoramento e tratamento preventivo das gestantes.

Art. 2º - Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento à gestante deverão receber capacitação profissional para atendimento adequado.

Art. 3º - O exame de triagem combinada deverá ser realizado no primeiro trimestre de gestação (até a 14ª semana) e engloba os seguintes procedimentos:

I - Histórico médico da gestante;

II - Pressão arterial sanguínea média (PAM);

III - Ultrassom (Doppler): índice placentário da artéria uterina (IPAU);

IV - Exame de sangue para pesquisa de fator de crescimento placentário (PIGF);

V - Cálculo de risco.

Art. 4º - A gestante que for identificada como alto risco para desenvolvimento de pré-eclâmpsia deverá ter monitoramento da gestação e iniciar o tratamento adequado até no máximo a 16ª semana de gestação.

Art. 5º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Trata-se de Projeto de Lei que visa estabelecer que toda gestante que realize o pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, seja na esfera municipal, estadual ou federal, terá o direito de acesso ao exame de triagem pré-natal combinada para pré-eclâmpsia, a ser aplicado com o propósito de tornar possível o diagnóstico precoce, monitoramento e tratamento preventivo das gestantes.

A atenção e cuidado pré-natal é o acompanhamento da equipe de saúde que toda gestante deve ter, a fim de manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Durante toda a gravidez são realizados exames clínicos e laboratoriais que visam identificar, prevenir e quando possível tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança.

É importante que as mães comecem a fazer seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada ou antes de completarem três meses de gestação. Alguns exames feitos durante o pré-natal são importantes para detectar problemas, como doenças que possam afetar a criança e o seu desenvolvimento no útero.

Dentre as patologias que podem acometer as gestantes, a hipertensão arterial se destaca com uma das mais importantes. É uma doença considerada problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico-social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal (Freire, 2009)

A classificação das doenças hipertensivas na gestação mais aceita em nosso meio é a adotada pelo Grupo de Estudo da Hipertensão Arterial na Gravidez do Programa Nacional de Hipertensão Arterial (EUA) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (BR). Além de utilizada como uma base de acesso à grávida hipertensa, também guia o planejamento de seus cuidados. São elas, segundo o Ministério da Saúde: hipertensão crônica (HC), pré-eclâmpsia (PE), eclâmpsia (E), pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional (HG) (Freire, 2009)

No mundo mais de 10 milhões de mulheres desenvolvem anualmente a pré-eclâmpsia. Dessas, 76 mil gestantes morrem anualmente de pré-eclâmpsia e doenças hipertensivas. Além disso, a pré-eclâmpsia é responsável por até 20% do total de 13 milhões de nascimentos prematuros no mundo a cada ano. É a terceira causa de morbimortalidade em mulheres no mundo.

No Brasil, as mulheres em idade reprodutiva a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. Diferente dos países desenvolvidos, a hipertensão arterial permanece como a primeira causa de morte materna direta no Brasil (37%), sendo a proporção maior nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste (Freire, 2009).

Em um estudo realizado no Paraná, após a avaliação de cada óbito materno em decorrência das síndromes hipertensivas gestacionais, os autores concluíram que a maioria dos casos poderiam ter sido evitados com diagnóstico precoce, busca de gestantes com risco gestacional e tratamento adequado em serviço hospitalar especializado. (Kerber et al, 2017)

A triagem da pré-eclâmpsia combinada traz redução de custos com internação e UTI neonatal/gestante, além de proporcionar às gestantes uma expressiva qualidade de vida e menor risco de óbito materno-fetal. Para que essa triagem seja

realizada de forma eficaz precisamos realizar os exames necessários a fim de garantir e classificar os riscos.

De acordo com a ISUOG (Sociedade Internacional de Ultrassom em Obstetrícia e Ginecologia) em guia médica publicada no ano de 2018, o exame de triagem combinada deverá ser realizado primordialmente no primeiro trimestre de gestação (até a 13ª semana +6 dias). Com base em estudos realizados nos últimos anos, principalmente o estudo ASPRE, esta guia atualizada de ISUOG indica, que além do histórico materno somente a associação de marcadores permite que se faça a triagem de pré-eclâmpsia com mais segurança e precisão (ISUOG.org, 2018).

A taxa de detecção no primeiro trimestre com a triagem combinada possui procedimentos como a histórico clínico onde é pesquisado registro médico da paciente para coletar informações sobre peso, altura, etnia, se possui hipertensão crônica, se é primeira gestação e se tem histórico de pré-eclâmpsia prévio na família, a pressão arterial – PAM, o ultrassom com doppler da artéria uterina – IPAU e o exame de sangue – fator de crescimento placentário (PIGF). A taxa de detecção de risco é de 75% para gestações com bebês pré-termo (> 37 semanas), de 75 a 80 % para pré-eclâmpsia de início precoce (< 34 semanas) e de 100% para pré-eclâmpsia de início muito precoce (< 32semanas). Podemos calcular o risco através de um software cujo link para uso é <https://fetalmedicine.com/research/assess/preeclampsia>

Com os dados inseridos no software podemos separar em dois grupos de risco, o baixo e o alto. O risco baixo significa que desenvolver a pré-eclâmpsia nos estágios mais avançados da gravidez é mínimo, apesar de ser possível desenvolver pré-eclâmpsia independente do status de baixo risco. Dessa forma a gestação pode continuar normalmente com acompanhamento normal pelo médico.

Se o risco de desenvolver pré-eclâmpsia nos estágios mais avançados da gravidez for alto o médico irá iniciar o tratamento e monitorar a gestação mais de perto. Dessa forma, o acompanhamento mais intensivo e o preparo da gestante para o parto podem ser melhor estudados e há melhora significativamente no resultado para mãe e para o bebê.

Estudos, principalmente o estudo clínico multicêntrico, aleatório e duplo-cego ASPRE, indicam que o tratamento mais eficaz de prevenção do desenvolvimento da pré-eclâmpsia pré-termo faz-se com a administração diária e oral de aspirina (100mg a 150mg) desde a 12º semana até a 36º semana de gestação, antes de dormir. O estudo ASPRE foi desenhado e liderado pelo professor Kypros Nicolaides, Diretor da Fundação de Medicina Fetal de Londres (Rolnik et al., 2017).

O estudo ASPRE, acima mencionado, mostra definitivamente que: 1) a triagem da pré-eclâmpsia deve ser realizada no primeiro trimestre da gestação; 2) que a associação de marcadores leva aos maiores índices de detecção e; 3) que a aspirina, quando administrada no primeiro trimestre de gestação pode reduzir em até 62% os casos de pré-eclâmpsia pré-termo, antes de 37 semanas (Rolnick et al., 2017).

Diante desse estudo observou-se que uma dosagem superior a 100mg diária de aspirina, antes da 16^o semana de gestação pode reduzir o risco de pré-eclâmpsia antes da 32^o semana de gestação em 90%, pré-eclâmpsia antes da 34^o semana em 80% e pré-eclâmpsia antes da 37^o semana em 65%. Redução do período de permanência na UTI neonatal em 65%.

Isso significa diminuição de custos com a UTI neonatal, diminuição de partos prematuros, redução de mortalidade neonatal e diminuição de custos a longo prazo com esses indivíduos.

Face à enorme relevância do tema, conto com o apoio dos nobres pares para analisar, aperfeiçoar e aprovar este projeto de lei com a maior brevidade.

Sala das Sessões, em 21 de novembro de 2018.

Deputada **MARIANA CARVALHO**
PSDB/RO

FIM DO DOCUMENTO