

CAPACITAÇÃO PRÉ-NATAL

AGOSTO 2024



PREFEITURA DE
BRUSQUE

Saúde

SOBRE

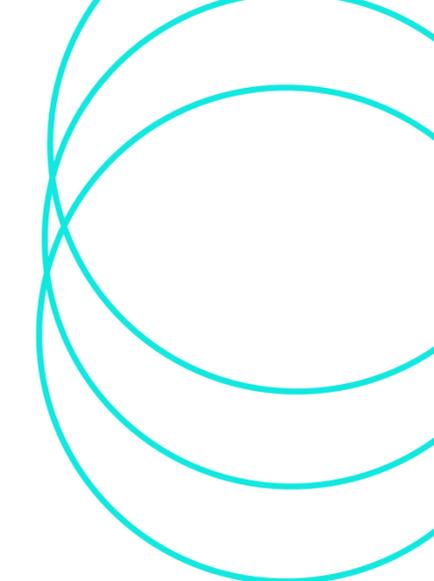
Erika Mauch Vaz

- Medicina – UCPel
 - Ginecologia e Obstetrícia – UFPel
 - Medicina Fetal – HMIPV e Cetrus SP
 - Mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho – Univali
- <http://lattes.cnpq.br/4773223728729344>

- Clínica da Mulher
- SAVS
- Rede Cegonha



HISTÓRIA DO PRÉ-NATAL



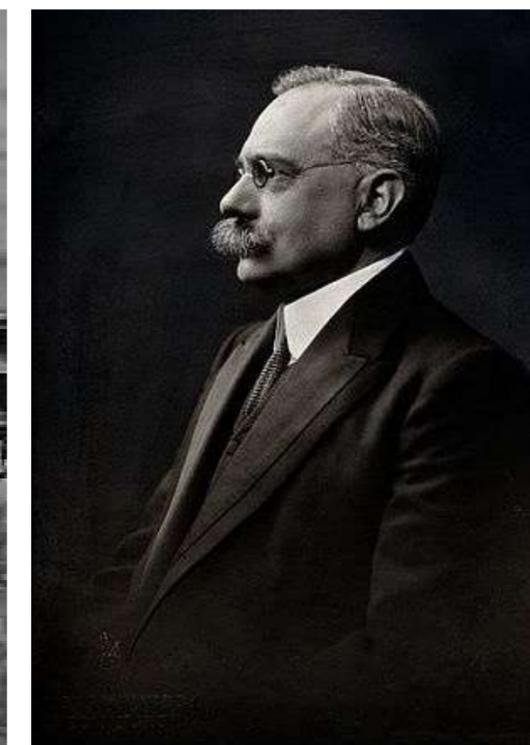
Agnodice – Atenas século IV a.C.



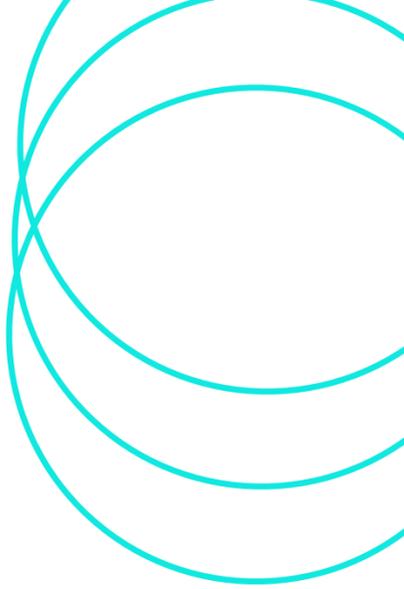
Parteiras – partos no domicílio com protagonismo feminino.
Europa até século XVI e Brasil até século XIX.



Adolphe Pinard – primeira referência sobre cuidados pré-natais (França, século XIX).
John William Ballantyne – “Manual de Patologia e Higiene Pré-Natal” (Escócia, século XX)



OBJETIVOS UNIVERSAIS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL



- Prevenir, identificar e/ou corrigir as condições maternas e fetais que afetam adversamente a gravidez.
 - Instruir a paciente sobre a gestação, o trabalho de parto, o parto, a amamentação e o atendimento ao recém-nascido.
 - Incentivar o suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a têm sob seu cuidado.
-

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

“A assistência pré-natal é um conjunto de medidas de natureza médica, social, psicológica e de cuidados gerais que visa propiciar à mulher gestante o desenvolvimento saudável da gravidez.”



Mortalidade materna

95%

de todas as mortes maternas ocorrem em países de baixa e média baixa renda em 2020.

Causas evitáveis

Quase 800

mulheres morreram de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto todos os dias em 2020

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - METAS 2030

 **OBJETIVOS** DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

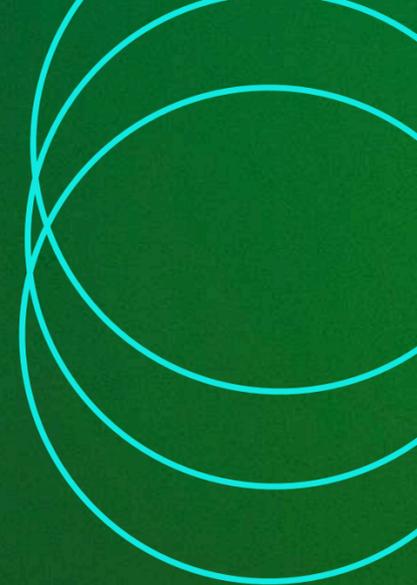


3.1 - Reduzir a taxa global de mortalidade materna pra menos de 70 por 100.000 nascidos vivos.

3.2 - Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos.

3.7 - Garantir acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais.

ESTATÍSTICA BRUSQUE 2018-2022

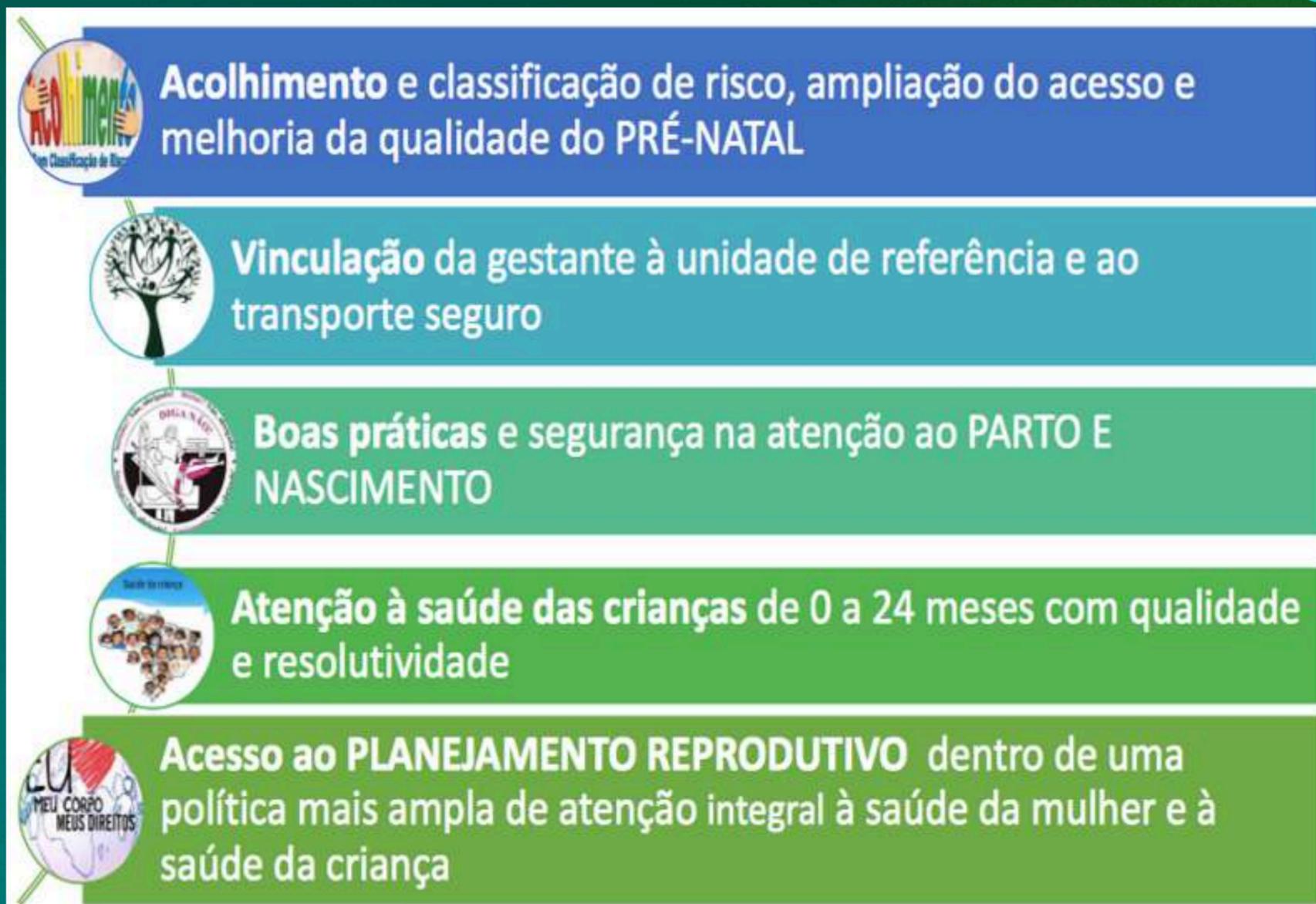


	Brusque	Brasil
Nascidos vivos	10.012	13.763.246
Óbitos maternos	5	9.599
Óbitos fetais	101	145.507
Óbitos causas evitáveis em < 5a	93	194.290

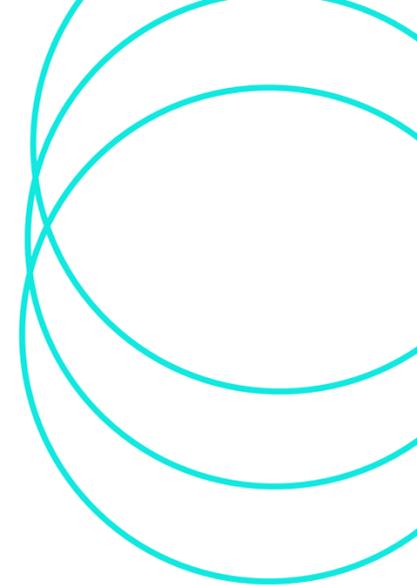
DIRETRIZES REDE CEGONHA

Estruturada a partir de quatro componentes:

1. Pré-natal
2. Parto e nascimento
3. Puerpério e atenção integral à saúde da criança
4. Sistema logístico (transporte e regulação).



ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA APS



- Territorialização
- Mapeamento da área de atuação da equipe
- Atualização permanentemente das informações
- Cuidado em saúde na UBS, no domicílio e nos espaços comunitários

ACS

ENFERMEIRO

CIR DENTISTA

TÉC ENFERMAGEM

MÉDICO

ACOLHIMENTO E DIAGNÓSTICO

- Promover e garantir o acesso e a qualificação dos cuidados à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos, durante todo o percurso no serviço.
- Teste rápido de gravidez (TRG) ou b-HCG

Sintomas de gravidez



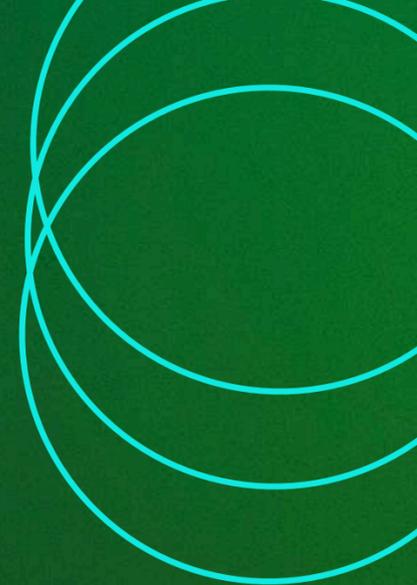
A CONSULTA PRÉ-NATAL

- No mínimo 6 consultas
- Início precoce
- Consultas intercaladas entre médico (a) e enfermeiro (a)

MENSAIS ATÉ 28 SEMANAS

QUINZENAIS ENTRE 28 E 36 SEMANAS

SEMANAIS ENTRE 36 E 41 SEMANAS



ROTEIRO PRIMEIRA CONSULTA

ANAMNESE COMPLETA

S

- Identificação
- Dados sócio-econômicos
- Motivo da consulta
- Sexualidade
- Antecedentes familiares e pessoais
- Antecedentes ginecológicos e obstétricos
- Gestação atual

EXAME FÍSICO

E

- Geral
- Gineco-obstétrico

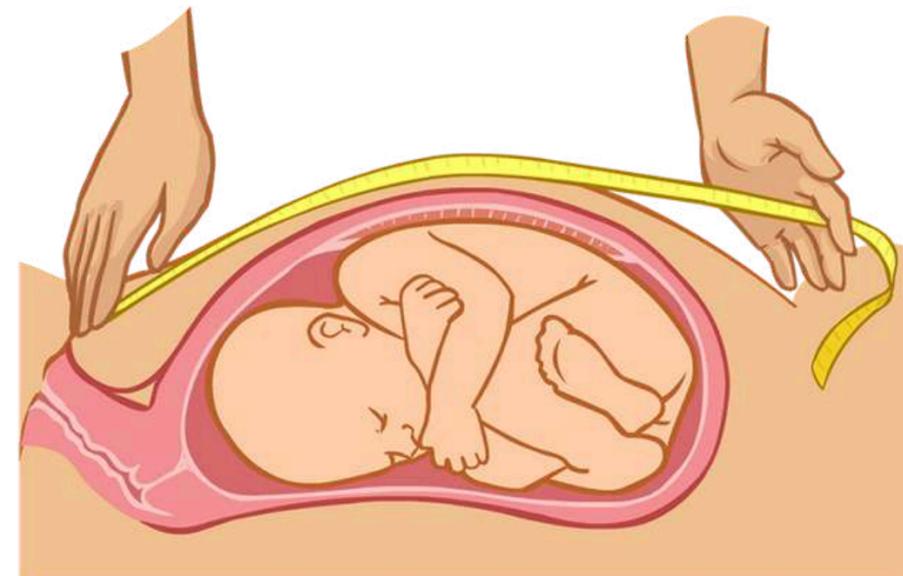
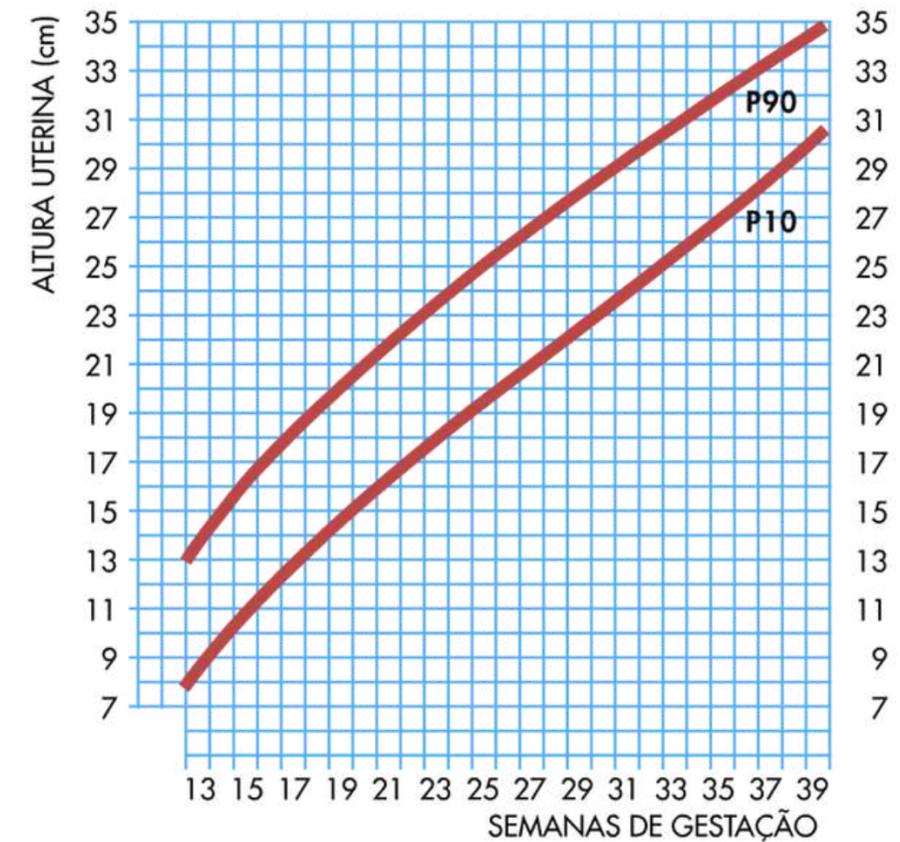
CONDUTAS

P

- Saúde bucal - consulta odontológica
- Atividades educativas
- Agendamento das consultas subsequentes
- Prescrição de medicamentos conforme protocolo
- Realizar cadastro nos sistemas vigentes
- Solicitação de exames complementares e TR sorologias
- Revisão do calendário vacinal

PERGUNTAS FREQUENTES

- Contagem de gestações e paridade
- IG por DUM x US
- Avaliação da AU
- Ausculta de BCF
- US morfo 1º trimestre
- Sangramento 1º trimestre



ROTEIRO CONSULTAS SUBSEQUENTES

ANAMNESE SUCINTA

Queixas novas X recorrentes
Adesão as condutas
Revisar a ficha PN - algum ponto obscuro?

CONTROLES MATERNNOS

IG
Peso (IMC)
PA
AU
Dinâmica
Tônus
Edema

CONTROLES FETAIS

BCF
MF
TESS
Palpação da apresentação

CONDUTAS

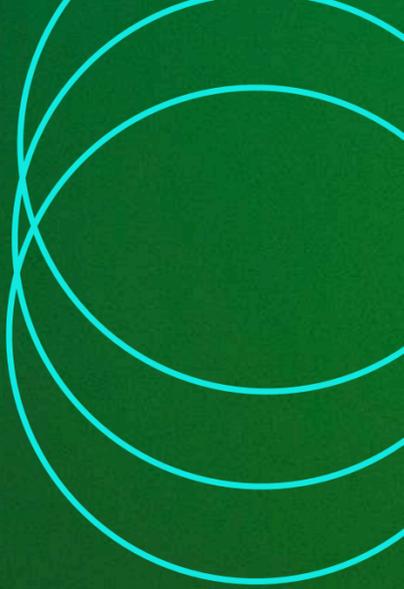
Avaliar anamnese + exame físico +
exames complementares
Anotar na caderneta PN
Estratificação de risco
Prescrever suplementações e
tratamentos
Solicitação de exames
complementares e TR sorologias
Revisão do calendário vacinal
Orientações gerais
Agendamento de consultas
subsequentes

PERGUNTAS FREQUENTES

- Ganho de peso
- US morfo 2º trimestre
- Ecocardio fetal
- RH negativo com CI positivo
- Pré-termo X Termo X Pós-termo
- Sinais de TP
- Atestado X Licença Maternidade

CLASSIFICAÇÃO	IMC PRÉ GRAVÍDICO	GANHO DE PESO (kg)
BAIXO	< 19,8	12,5 A 18
NORMAL	19,8-26	11,5 A 16
SOBREPESO	>26-29	7 A 11,5
OBESIDADE	>29	< 7

EXAMES COMPLEMENTARES



1
US obstétrico
TR sorologias
Hemograma
Eletroforese Hb
Tipagem sanguínea
Glicemia jejum
Anti HBS
Toxoplasmose IgG e IgM*
PU + URC + TSA

2
TR sorologias
Hemograma
Coombs indireto
TOTG
Toxoplasmose IgG e IgM*
PU + URC + TSA
CP colo uterino

3
TR sorologias
Hemograma
Coombs indireto
Toxoplasmose IgG e IgM*
PU + URC + TSA
Pesquisa GBS



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE



REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS GESTANTE

Nome: _____

DN: ___ / ___ / _____

Sexo: _____

Material a examinar: _____

Dados Clínicos:

	1º Trimestre (Até 12 semanas)	2º Trimestre (12 a 28 semanas)	3º Trimestre (Após 28 semanas)
	<p>JEJUM DE 8 A 12H</p> <p>() TIPAGEM SANGUÍNEA (ABO/ RH)</p> <p>() HEMOGRAMA COMPLETO</p> <p>() GLICEMIA JEJUM</p> <p>() ANTI HBS</p> <p>() PARCIAL DE URINA *</p> <p>() UROCULTURA COM TSA *</p> <p>() TOXOPLASMOSE IGG **</p> <p>() TOXOPLASMOSE IGM **</p> <p>() ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA</p>	<p>JEJUM DE 8 A 12H</p> <p>() HEMOGRAMA COMPLETO</p> <p>() TTGO 75 g (Entre 24 e 28 semanas)</p> <p>() PARCIAL DE URINA *</p> <p>() UROCULTURA COM TSA *</p>	<p>JEJUM DE 8 A 12H</p> <p>() HEMOGRAMA COMPLETO</p> <p>() PARCIAL DE URINA *</p> <p>() UROCULTURA COM TSA *</p> <p>() PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO (Entre 35 e 37 semanas)***</p>

OUTROS EXAMES (CONFORME QUADRO CLÍNICO):

- () TOXOPLASMOSE IGG**
- () TOXOPLASMOSE IGM**
- () VDRL

- () COOMBS INDIRETO
- () PARASITOLÓGICO DE FEZES
- () HEMOGLOBINA GLICADA

- () TSH
- () OUTROS: _____

* Coletar a primeira urina da manhã e levar ao laboratório em até 1h após a coleta:

Antes da coleta, realizar uma higiene íntima (mulheres: afastar os grandes lábios para evitar contaminação);

Desprezar a primeira porção de urina e coletar o jato intermediário.

** **Repetir estes exames no 2º e 3º trimestre caso resultado IGM e IGG no 1º (não reagentes).**

*** Não realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme, óvulo vaginal nas últimas 48 horas. No uso de antibióticos, informar o nome do medicamento. Não manter relação sexual nas últimas 48 horas. Ficar 2 horas sem urinar.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante: _____

Data da consulta: _____

TOTAL DE EXAMES _____

SUPLEMENTAÇÕES

Ácido fólico

Sulfato ferroso

AAS + Cálcio

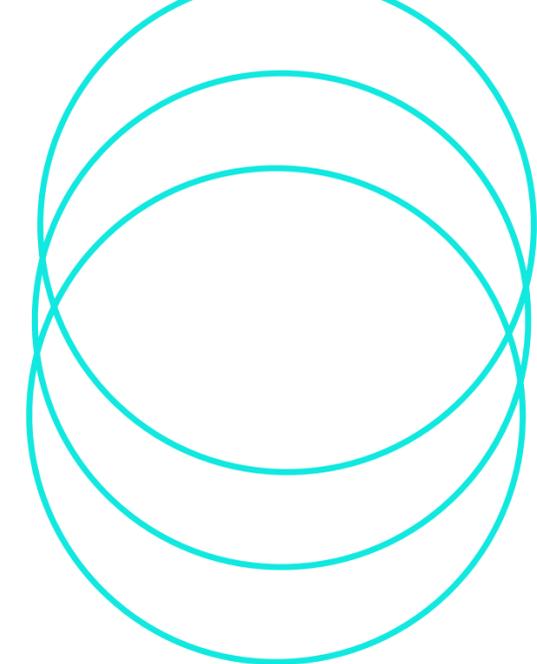


APRESENTAÇÃO CLÍNICA E/OU OBSTÉTRICA
História de pré-eclâmpsia
Gestação múltipla
Obesidade (IMC > 30)
Hipertensão arterial crônica
Diabetes tipo 1 ou 2
Doença renal
Doenças autoimunes (LES, síndrome antifosfolípide)
Gestação decorrente de reprodução assistida
Nuliparidade
História familiar de pré-eclâmpsia (mãe/irmã)
Idade ≥ 35 anos
Gravidez prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso ao nascer com ≥37 semanas, trabalho de parto prematuro)
Intervalo > 10 anos desde a última gestação

portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

1 de alto risco ou 2 de risco moderado

CALENDÁRIO VACINAÇÃO

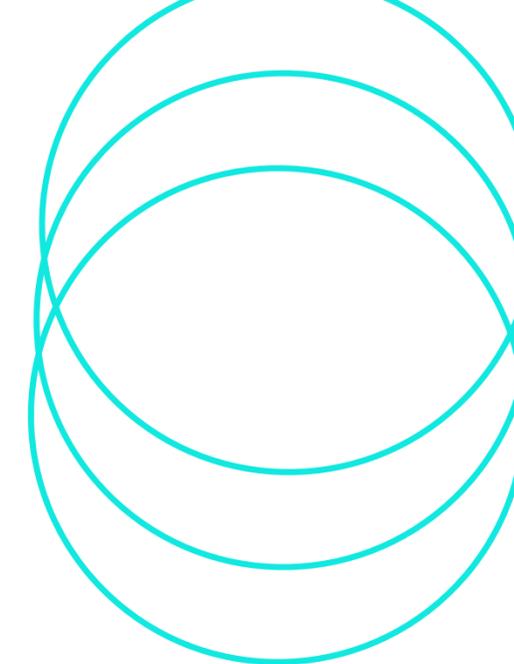


VACINA	ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO	IDADE RECOMENDADA
Hepatite B recombinante	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)	-----	-----
Difteria e Tétano (dT)	3 doses, sendo uma delas com dTpa (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	-----
Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa)	1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gestação e puérperas até 45 dias	1 dose a cada gestação	-----
Influenza ¹	Período sazonal	-----	-----
Covid-19 ¹	De acordo com as orientações do Ministério da Saúde	-----	-----



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2023c) [25].

QUEIXAS FREQUENTES NA GESTAÇÃO



D. Intervenções para sintomas fisiológicos comuns	Recomendação	Tipo de recomendação
Náuseas e vômitos	D.1: Gengibre, camomila, vitamina B6 e/ou acupuntura são recomendados para aliviar as náuseas no início da gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Azia	D.2: Recomenda-se aconselhamento sobre dieta e estilo de vida para evitar e aliviar a azia na gravidez. Podem ser oferecidos preparados antiácidos às mulheres com sintomas incômodos que não possam ser aliviados pela mudança de estilo de vida.	Recomendada
Cãibras nas pernas	D.3: Pode usar-se magnésio, cálcio ou opções de tratamento não farmacológico para alívio das cãibras nas pernas na gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada
Dores lombares e pélvicas	D.4: Recomenda-se exercício regular durante toda a gravidez, para evitar as dores lombares e pélvicas. Existem várias opções de tratamento que podem ser usadas, como a fisioterapia, cintas de suporte e acupuntura, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	Recomendada



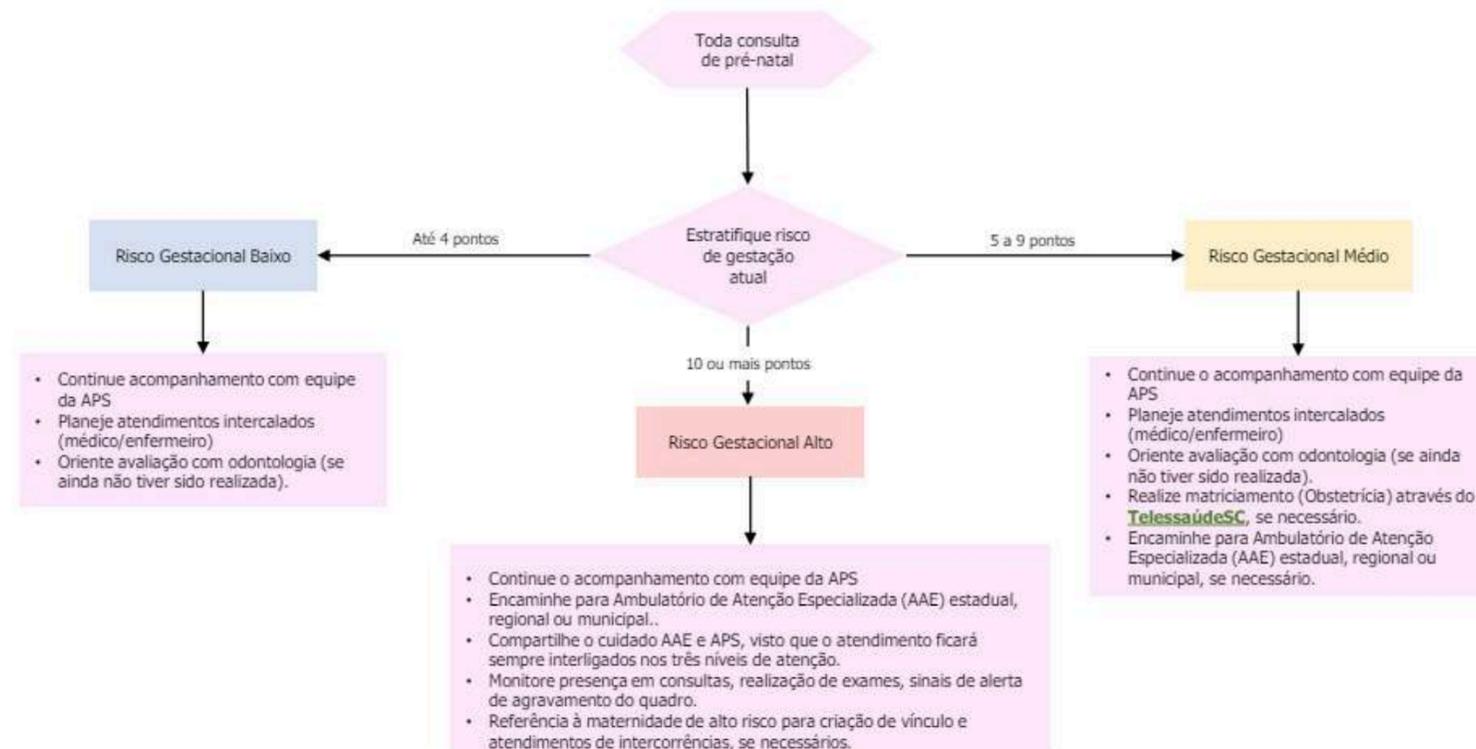
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

2ª Edição
Maio 2022

FLUXO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ENCAMINHAMENTOS



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES

Idade menor que 15 anos	2
Idade maior que 40 anos	2
Mulher de raça negra	1
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)	1
Tabagista ativo	2
Indícios de ocorrência de violência	2
Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola	2
Baixo peso no início da gestação (IMC <18).	2
Sobrepeso (25-29,9 kg)	1
Obesidade (IMC > 30 - 39,9 kg)	4
Obesidade grau 3	10

A soma dessa sessão não configura encaminhamento direto ao alto risco. Exceção ao obesidade grau 3.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
Dois abortos consecutivos ou três não consecutivos (nenhuma conduta na gestação atual impedirá novo aborto se a causa não for conhecida. Portanto, a menos que a paciente já tenha sido investigada e uma causa definida, não há como indicar tratamento clínico para evitar nova perda gestacional. Encaminhar para investigação fora do ciclo gravídico e puerperal).	2
Prematuridade na gestação anterior	2
Mais de um parto prematuro (<36 semanas)	10
Restrição de crescimento intrauterino na gestação anterior	2
Natimorto sem causa determinada	10
Incompetência Istmo Cervical	10
Isoimunização Rh	5
Pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim: eclâmpsia, síndrome HELLP, óbito fetal intrauterino, internação materna em UTI	10
Psicose puerperal na gestação anterior	10
Transplante	5
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses	10
Acretismo placentário	2

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

Doença Hipertensiva da Gestação/Pré-eclâmpsia ¹	10
Diabetes Gestacional não compensada com dieta durante 2 semanas. ²	10
Infecção Urinária de repetição (3 x ou mais) ou infecção urinária alta	10
Cálculo renal com obstrução	10
Restrição de crescimento intrauterino	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia.	10
Polidrâmnio/ Oligodrâmnio	10
Colo curto em USG transvaginal entre 20 e 24 semanas	10
Suspeita de acretismo placentário	10
Placenta prévia com diagnóstico após 28 semanas de gestação com ou sem sangramento	10
Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases)	10
Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento	10
Isoimunização RH	10

¹PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg com ou sem proteinúria aferida em 2 momentos diferentes, com intervalo mínimo de 4 horas, identificada após 20 semanas de gestação em mulheres com PA previamente normal.

²Glicemia de jejum (92-125 mg/dL); glicose plasmática de 1 hora (> 180 mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g; glicose plasmática de 2 horas (153-199 mg/dL) após uma carga oral de glicose de 75 g.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL (continuação)

Câncer materno com diagnóstico ou tratamento durante a gestação	10
Neoplasias ginecológicas na gestação atual	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama	10
Lesão de alto grau em colo uterino (NIC II - III). (deve ser encaminhada primeiramente para o Ambulatório de Patologias do Trato Genital Inferior para definição da conduta)	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia Fetal* (Encaminhar para Consulta Obstetrícia em Medicina Fetal)	10
Gemelaridade	10
Sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina)	10
Condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal)	10
Hepatites agudas com diagnóstico em gestação atual	10
Hanseníase com diagnóstico na gestação atual	10
AIDS/HIV com diagnóstico na gestação	10
Tuberculose	10
Toxoplasmose OU rubéola OU citomegalovírus diagnosticado na gestação atual com risco de transmissão fetal.	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Endocrinopatias descompensadas (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)	5
Suspeita ou confirmação de COVID-19 (Deve ser acompanhada a evolução de quadro clínico por telemonitoramento e teleconsultas. Os casos graves devem ser imediatamente encaminhados para urgência/hospitais)	5

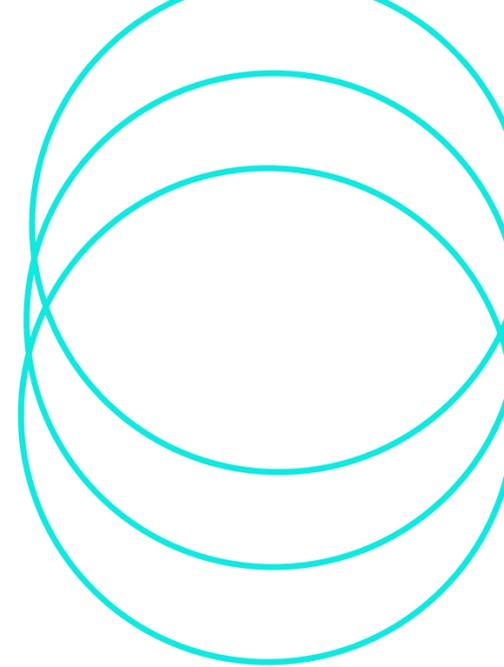
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL



CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
Hipertensão Arterial descompensada (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Diabetes Mellitus 1 ou 2 (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico). (Deve ser encaminhada concomitantemente para o Endocrinologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico).	10
Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses, depressão grave). (deve ser encaminhada concomitantemente para o Psiquiatra para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias), antecedentes de tromboembolismo	10
Cardiopatias com repercussão hemodinâmica (deve ser encaminhada concomitantemente para o Cardiologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico)	10
Pneumopatias Graves (DPOC, Asma)	10
Doenças Auto-ímmunes (Colagenose)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valproico)	10
Doença Renal Grave	10
Hemopatias e Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dl)	10
Hepatopatias crônicas (Hepatites Virais, Cirrose). (Deve ser encaminhada primeiramente para o Hepatologista e/ou Gastroenterologista para avaliação do quadro e planejamento terapêutico.)	10

INTERCORRÊNCIAS

SANGRAMENTO 1º TRIMESTRE



SANGRAMENTO NA MENACME
INDEPENDENTE DE ATRASO
MENSTRUAL

b-HCG NEGATIVO: ORIGEM
GINECOLÓGICA

b-HCG POSITIVO: ORIGEM
OBSTÉTRICA

AMEAÇA
ABORTAMENTO

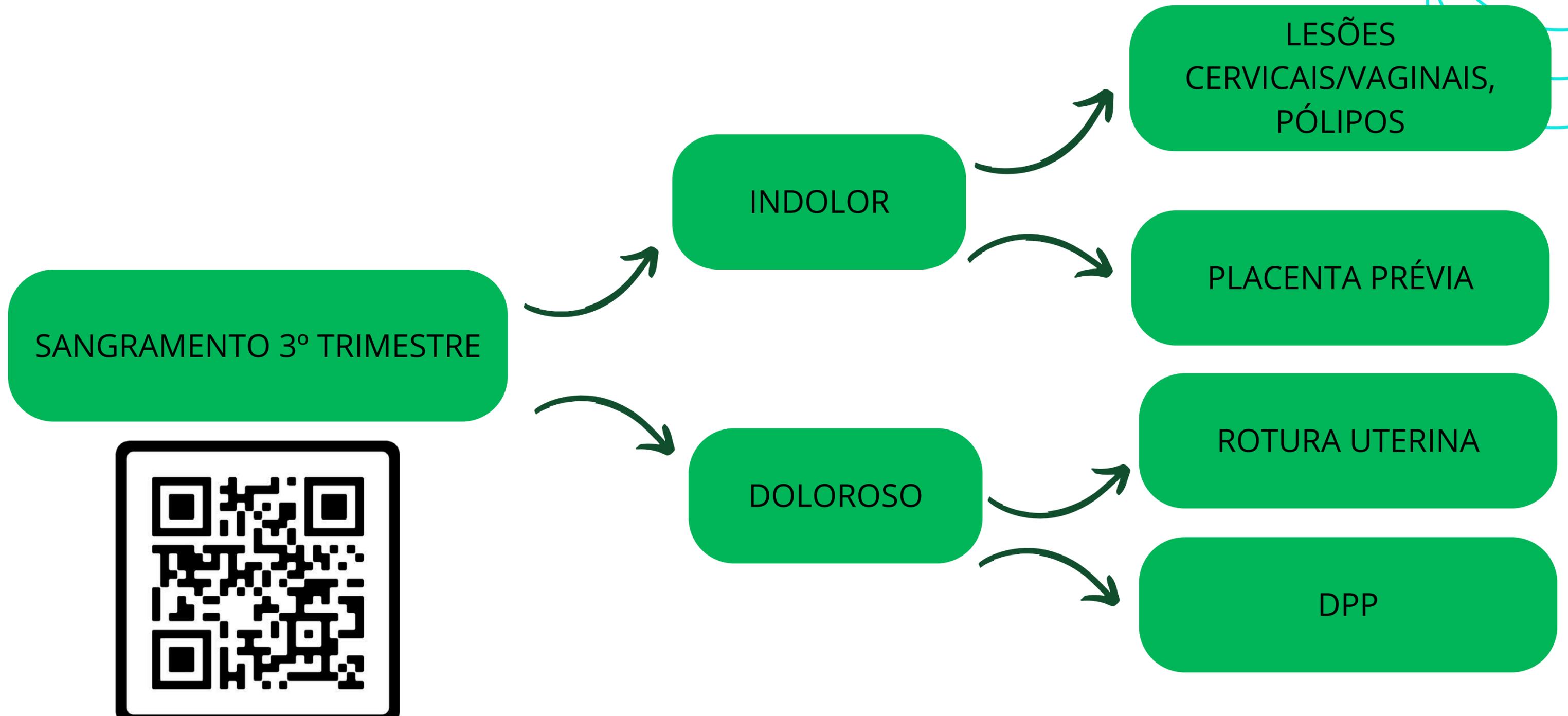
ABORTAMENTO

ECTÓPICA

MOLA

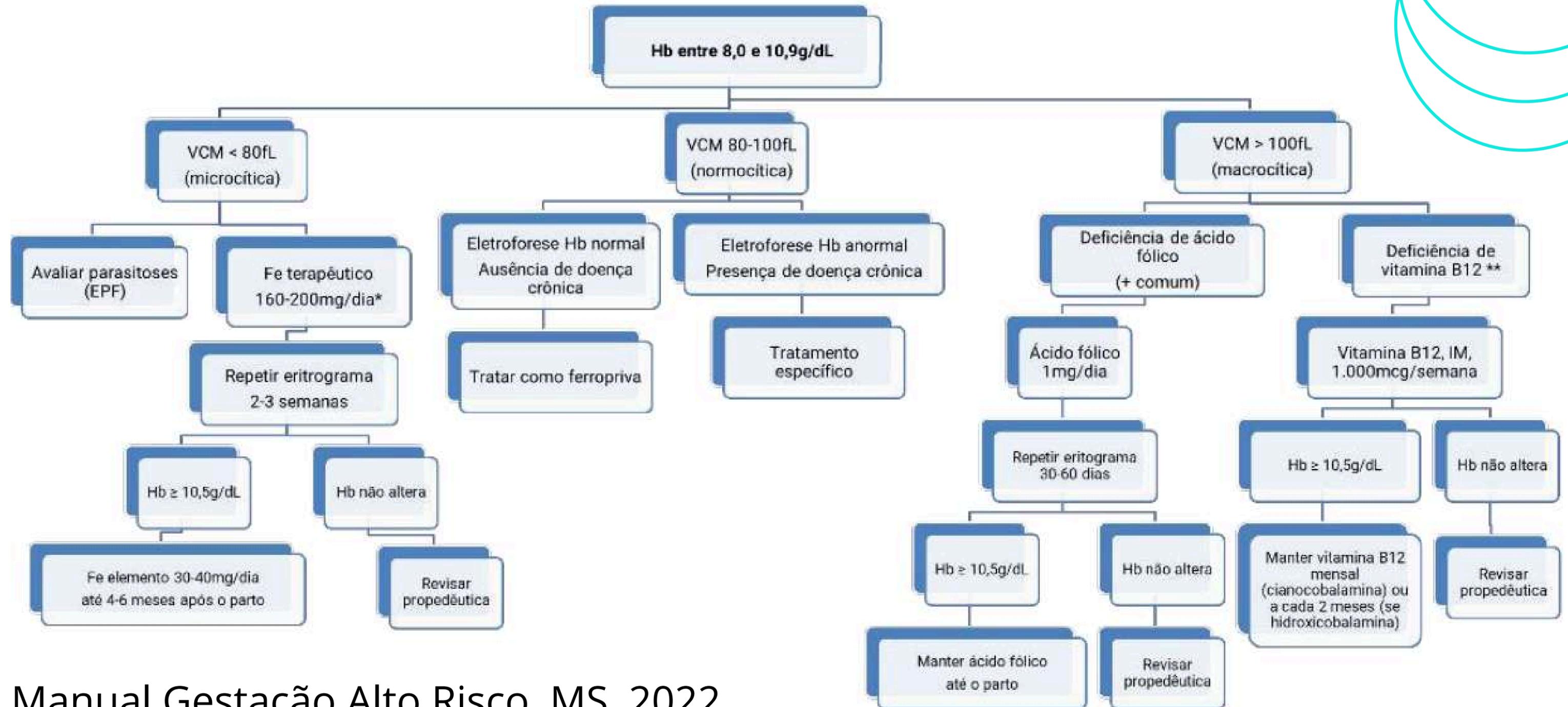


INTERCORRÊNCIAS SANGRAMENTO 3º TRIMESTRE



INTERCORRÊNCIAS

ANEMIA



Manual Gestação Alto Risco, MS, 2022.

INTERCORRÊNCIAS HIPERTENSÃO ARTERIAL

CRÔNICA

PAS \geq 140 ou PAD \geq 90 mmHg
em duas medidas com intervalo de, no mínimo, 4h

SD. JALECO BRANCO

PAS \geq 160 ou PAD \geq 110 mmHg
persistente após 15 min de observação em repouso

GESTACIONAL

PAS \geq 160 ou PAD \geq 110 mmHg
com sinais premonitórios ou convulsões TC

PRÉ-ECLÂMPSIA

ECLÂMPSIA

SD. HELLP

INTERCORRÊNCIAS HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA



ESSENCIAL - 90%

SECUNDÁRIA - 10%

LEVE

PAD 90 - 100 mmHg

MODERADA

PAD 100 - 110 mmHg

GRAVE

PAD \geq 110 mmHg

AAS + CÁLCIO

DIETA HIPOSSÓDICA

ATIVIDADE FÍSICA

CONTROLE PA

INTERCORRÊNCIAS

HIPERTENSÃO 2ª METADE DA GESTAÇÃO



GESTACIONAL



PRÉ-ECLÂMPSIA:

Proteinúria

Disfunção de órgãos alvo

Disfunção placentária

AAS + CÁLCIO

ATIVIDADE FÍSICA

CONTROLE PA

ISOLADA

SOBREPOSTA

SINAIS DE GRAVIDADE:

Cefaleia

Distúrbios visuais (fotofobia,
escotomas)

Náuseas/Vômitos

Epigastralgia

INTERCORRÊNCIAS

HIPERTENSÃO – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Classe	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, α_2 -agonistas	Metildopa: (250-500 mg)	750-2.000 mg/dia 2 a 4x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard (10-20 mg)	20-120 mg/dia 1 a 3x/dia
	Nifedipino de liberação rápida (10-20 mg)	20-60 mg/dia 2 a 3x/dia
	Anlodipino (2,5-5-10 mg)	5-20 mg/dia 1 a 2x/dia
Vasodilatador periférico *	Hidralazina (25-50 mg)	50-150 mg/dia 2 a 3x/dia
β -bloqueadores *	Metoprolol (25-50-100 mg)	100-200 mg/dia 1 a 2 x/dia
	Carvedilol (6,25-12,5 mg)	12,5-50 mg/dia 1 a 2 x/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por dois dias e a partir de então aumentar a dose

* Recomendamos essas medicações como terceira droga para associação de medicamentos para controle da pressão arterial ou no caso de impossibilidade de uso das drogas de primeira escolha.

INTERCORRÊNCIAS

HIPERTENSÃO – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Agente	Dose inicial	Repetir, se necessário	Dose máxima
Hidralazina Ampola (20 mg/mL)	5 mg IV	5 mg (20/20min)	30 mg
A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Deve-se diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim, obtém-se a concentração de 1 mg/mL.			
Nifedipino Comprimido (10 mg)	10cmg VO	10 mg (20/20 min)	30 mg
Hidralazina Ampola (infusão contínua)	5 mg/hora Diluir 80 mg (4 mL de hidralazina) em 500 mL de soro fisiológico e manter infusão de 30 mL/hora		
Nitroprussiato de sódio Ampola (50 mg/2 mL)	0,5 a 10 mcg/kg/min Infusão intravenosa contínua		
A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado 5%, assim obtém-se a concentração de 200 mcg/mL (Quadro 5).			

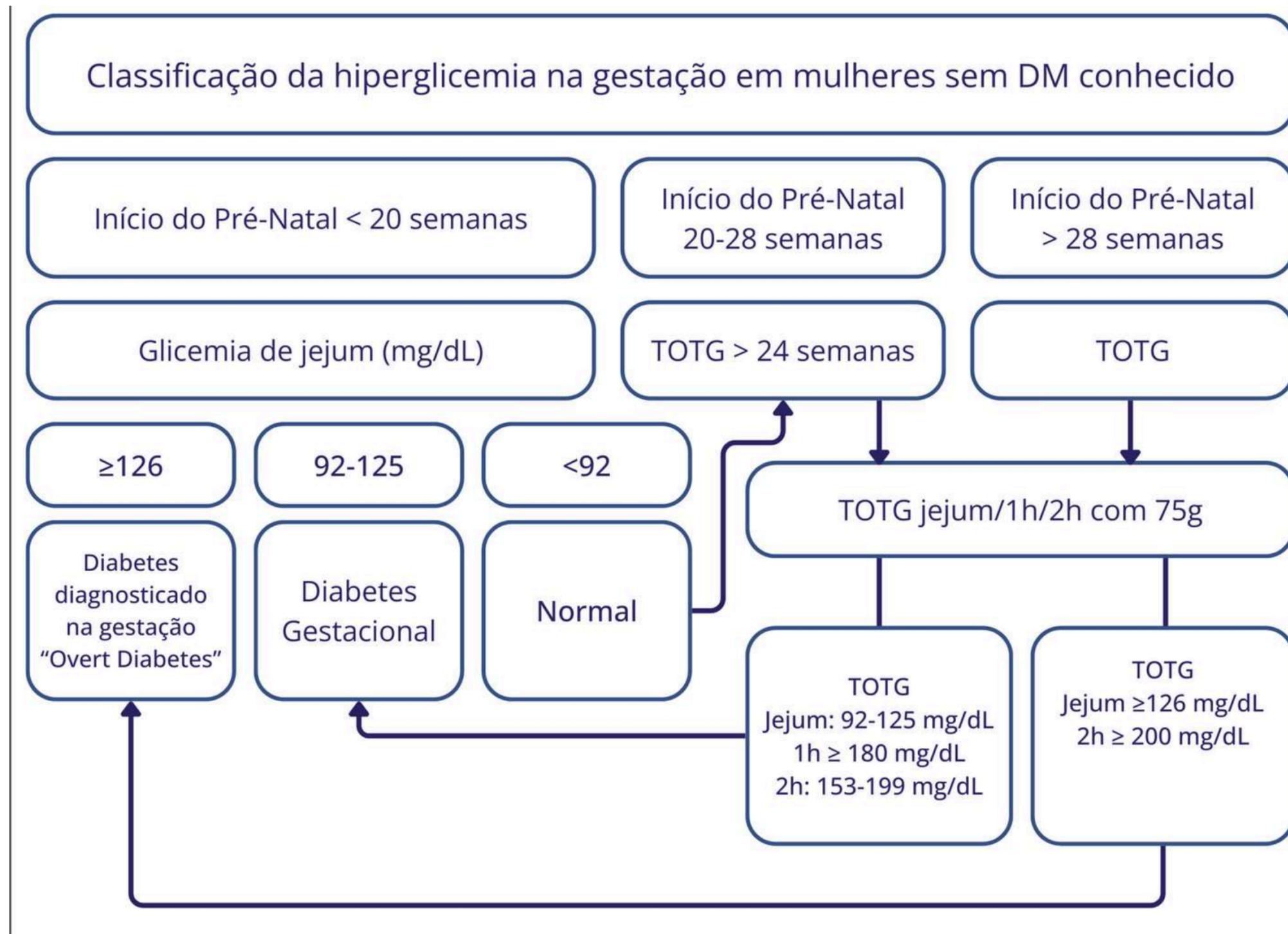
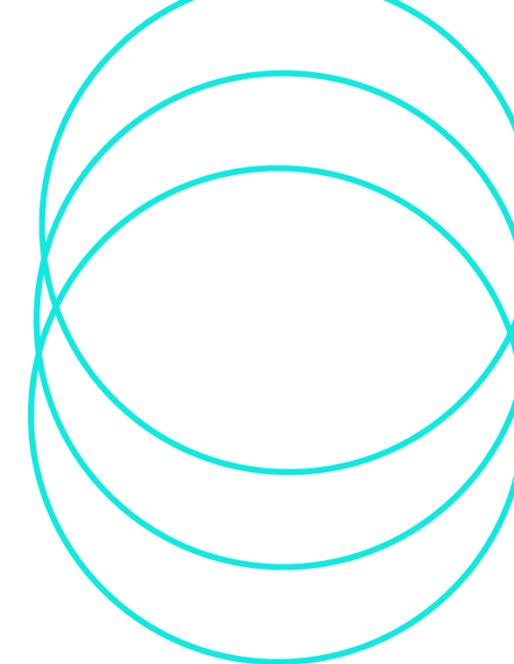
INTERCORRÊNCIAS

HIPERTENSÃO – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

PUERPÉRIO

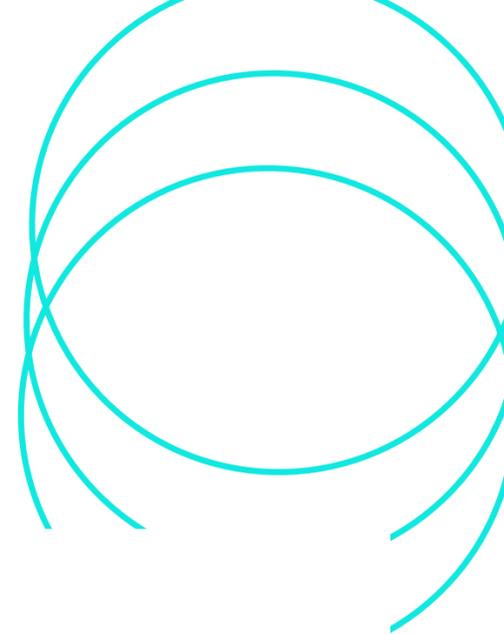
Classe	Agente	Posologia
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Enalapril (10 - 20 mg)	20 - 40 mg/dia 1 a 2x/dia
	Captopril (25 - 50 mg)	75 - 150 mg/dia 3x/dia
Simpatolíticos de ação central α_2	Metildopa (250 - 500 mg)	750 - 2.000 mg/dia 2 a 4x/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard (10 - 20 mg)	20 - 120 mg/dia 1 a 3x/dia
	Nifedipino de liberação rápida (10 - 20 mg)	20 - 60 mg/dia 2 a 3x/dia
	Anlodipino (2,5 - 5 - 10 mg)	5 - 20 mg/dia 1 a 2x/dia
Vasodilatador Periférico	Hidralazina (25 - 50 mg)	50 - 150 mg/dia
β -bloqueadores	Metoprolol (25 - 50 - 100 mg)	100 - 200 mg/dia 1 a 2 x/dia
	Atenolol (25 - 50 - 100 mg)	50 - 150 mg/dia 1 a 3x/dia
	Carvedilol (6,25 - 12,5 mg)	12,5 - 50 mg/dia 1 a 2 x/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por dois dias e a partir de então aumentar a dose

INTERCORRÊNCIAS DIABETES



INTERCORRÊNCIAS

DMIG – TRATAMENTO INICIAL



DIETA DMG

CONTROLE HGT

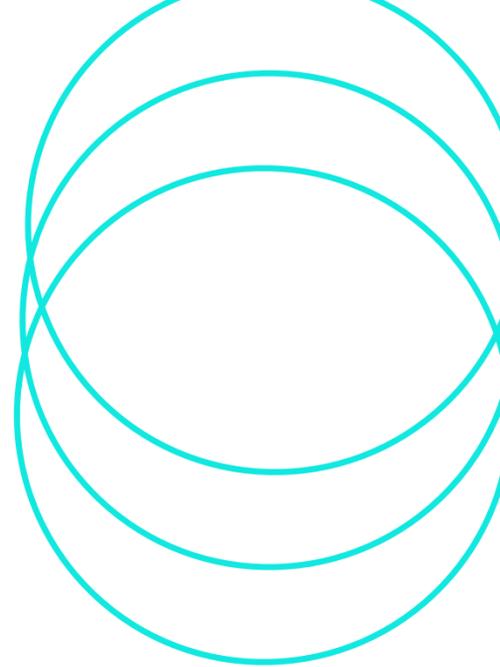
ATIVIDADE FÍSICA

Quadro 7. Grupos alimentares recomendados para a ingestão diária

CEREAIS	Arroz, milho, aveia, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho, preferencialmente integrais, linhaça. Tubérculos como as batatas e raízes como mandioca/macaxeira/aipim; leguminosas (feijão, soja, o grão-de-bico e lentilha)
LEGUMES, VERDURAS E FRUTAS	Abóbora, agrião, brócolis, cenoura, chuchu, couve, espinafre, jiló, taioba, tomate, rúcula, acerola, ameixa, banana, abacaxi, caju, laranja, pitanga, pêsego, maçã, melancia, mamão, manga, jabuticaba. Frutas devem ser ingeridas como sobremesas e preferencialmente inteiras
LEITE E DERIVADOS	Preferencialmente desnatados ou com baixo teor de gordura, iogurte, coalhada, queijos
CARNES, PEIXES E OVOS	Bife grelhado, carne assada ou ensopada, frango assado ou ensopado, omelete ou ovo cozido, peixe ensopado ou assado
ÓLEOS E GORDURAS VEGETAIS	Óleo de soja, canola, girassol, milho ou algodão. Deve ser evitado o uso de margarina, manteiga ou banha para cozinhar

INTERCORRÊNCIAS

DMG – TRATAMENTO INICIAL



DIETA DMG

CONTROLE HGT

ATIVIDADE FÍSICA

Pacientes tratadas com medidas não farmacológicas	
Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total	Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial
Perfil diário de 4 pontos Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar	Perfil de 4 pontos 3 vezes por semana Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar
Pacientes tratadas com medidas farmacológicas	
Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total	Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial
Perfil diário de 6 pontos Jejum, pós-café, antes do almoço, pós-almoço, antes do jantar, pós-jantar	Perfil diário de 4 pontos Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar

INTERCORRÊNCIAS

DMG – TRATAMENTO INICIAL



DIETA DMG

CONTROLE HGT

ATIVIDADE FÍSICA

Quadro 14. Exemplos de atividades físicas seguras para o período gestacional

Caminhada
Natação
Ciclismo (em bicicleta estacionária)
Aeróbica de baixo impacto
Yoga (desde que evitadas posturas que dificultem o retorno venoso)
Pilates (desde que evitadas posturas que dificultem o retorno venoso)
Corrida
Esportes com uso de raquetes
Treinamento de força
Exercícios ergométricos de membros superiores (realizados em casa, sentada assistindo TV, por exemplo)

Fonte: ACOG Committee Opinion No. 650: physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period.⁽³⁵⁾

INTERCORRÊNCIAS

DMG – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO



DIETA DMG

CONTROLE HGT

ATIVIDADE FÍSICA

TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO

1ª LINHA: INSULINA

NPH OU REGULAR

0,5 UI/KG/DIA

AJUSTES A CADA 2 SEMANAS ATÉ AS 30 SEMANAS E
SEMANAIS DAS 30 SEMANAS EM DIANTE

METFORMINA:

ALTERNATIVA TERAPÊUTICA

CATEGORIA B FDA

500 - 2500 MG/DIA

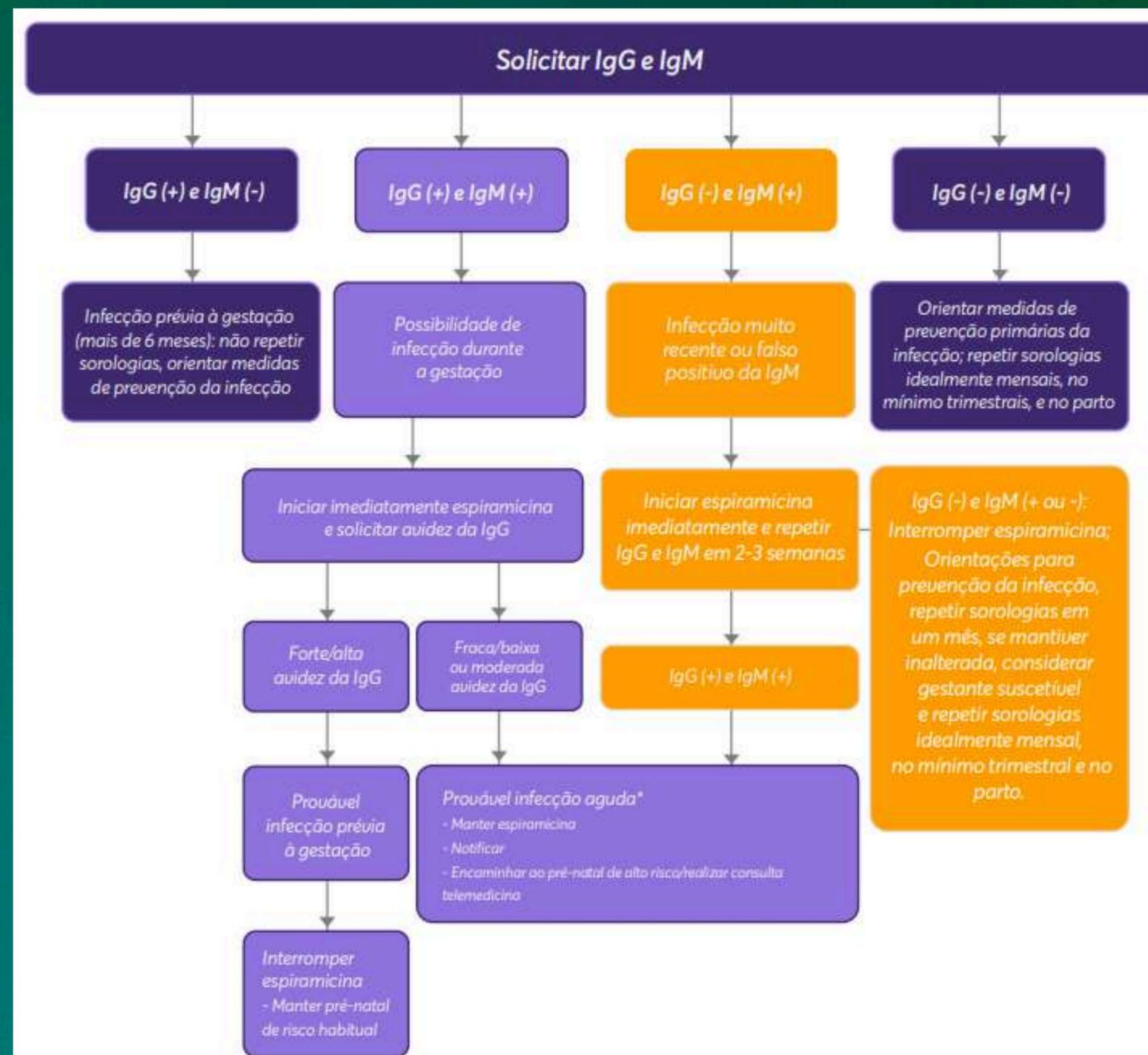
ADJUVANTE EM PACIENTES QUE USAM ALTAS DOSES DE
INSULINA

GLIBENCLAMIDA: CONTRAINDICADA NA GESTAÇÃO!

INTERCORRÊNCIAS TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

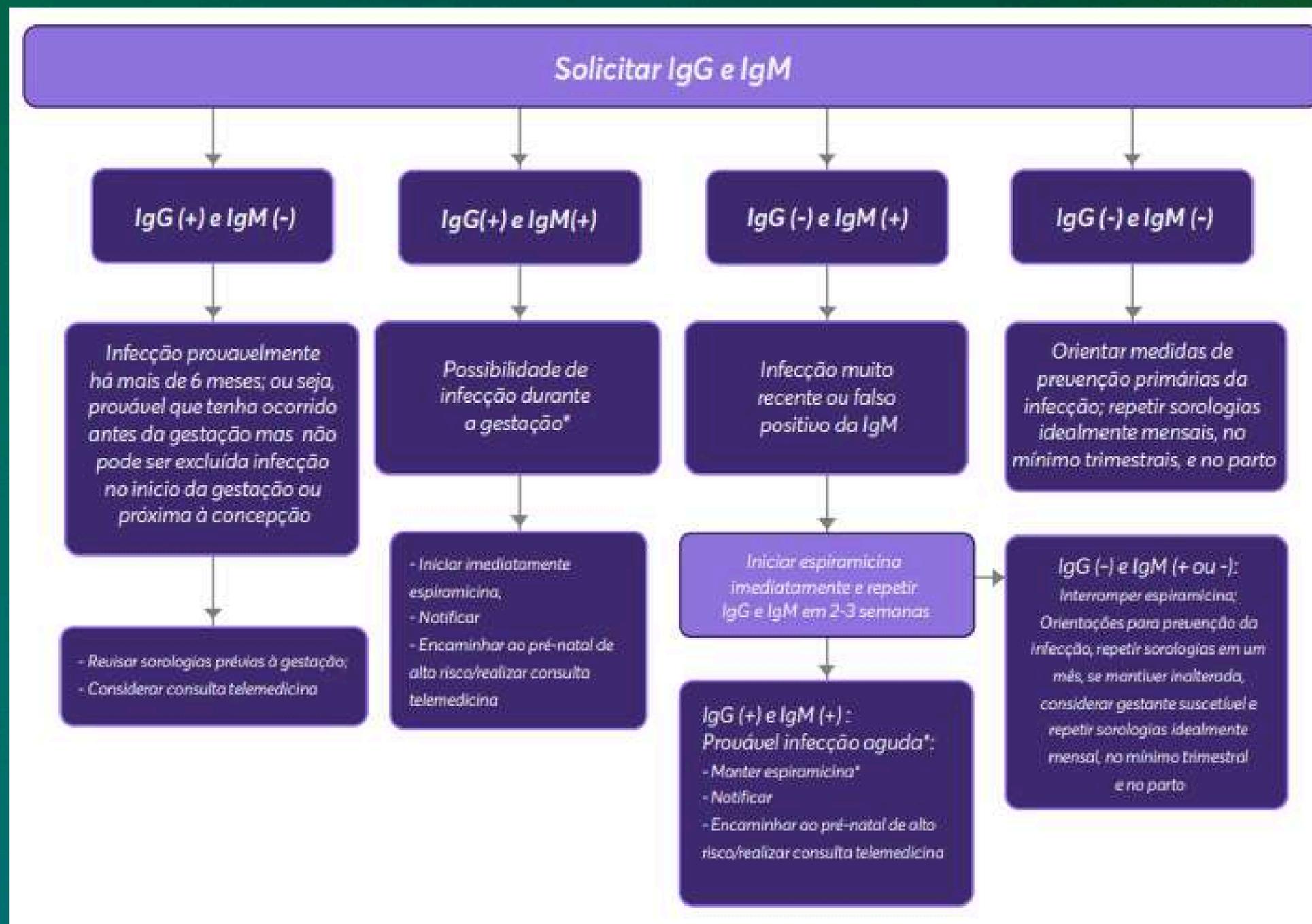


ATÉ 16 SEMANAS



INTERCORRÊNCIAS TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

>16 SEMANAS



INTERCO TOXOPLA

TRATAMENTO

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
ESPIRAMICINA	Na suspeita de infecção por toxoplasmose; Quando há o diagnóstico de toxoplasmose aguda até a 18ª semana de gestação	ESPIRAMICINA 500 MG Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas, em jejum Totalizando: 6 comprimidos/dia - 3 g/dia
ESQUEMA TRÍPLICE²: Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico	Casos confirmados de infecção fetal; Na impossibilidade de excluir a infecção em gestantes de idade gestacional superior a 18 semanas. <i>Observação: Essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina.</i>	PIRIMETAMINA 25 MG Dose de ataque: 2 comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias totalizando 8 comprimidos. A partir do 3º dia: 2 comprimidos com dose única diária. SULFADIAZINA 500 MG Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas ¹ , totalizando 6 comprimidos por dia (3 g/dia) ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG Dose: 1 cp ao dia durante todo o período de uso da pirimetamina até uma semana após sua interrupção Atenção: O ácido fólico não deve ser usado para substituir o ácido folínico. <i>Observação: Quando ocorrer o diagnóstico depois da 18ª semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.</i>

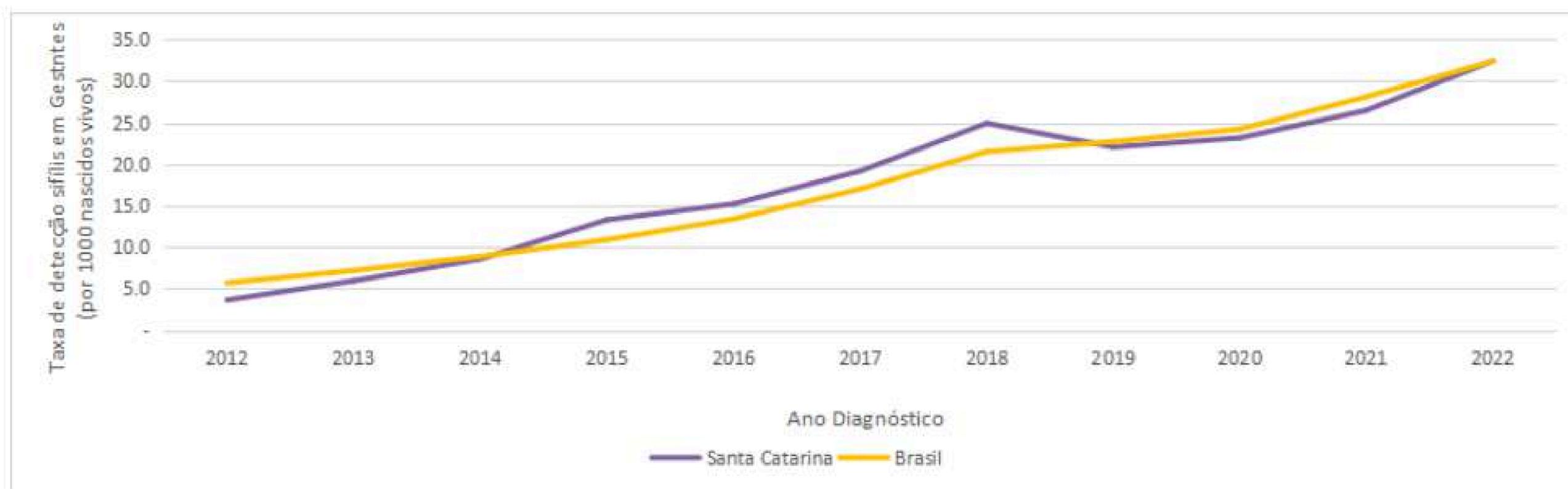


INTERCORRÊNCIAS

SÍFILIS – BOLETIM BARRIGA VERDE



FIGURA 8 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por ano diagnóstico. Santa Catarina e Brasil, 2012-2022.



Fonte: SES/SUV/DIVE/GEDIC/SINAN;

Notas: Taxa de detecção de sífilis em gestante calculada por 1000 nascidos vivos; Casos confirmados no SINAN até 18 de setembro de 2023.

INTERCORRÊNCIAS

SÍFILIS – DIAGNÓSTICO



Figura 6 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis



Fonte: DCCI/SVS/MS.

*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfecção.

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente.

INTERCORRÊNCIAS

SÍFILIS – TRATAMENTO



ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO ^(a)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(b)	Teste não treponêmico mensal
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^(c) Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Teste não treponêmico mensal

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^(b) Alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose (8).

^(c) O intervalo entre doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (8).

O monitoramento mensal das gestantes não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas, principalmente, descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

INTERCORRÊNCIAS

SÍFILIS - TRANSMISSÃO VERTICAL

Transmissão Vertical 2023

Sífilis

2012	
SÍFILIS EM GESTANTE	322
SÍFILIS CONGÊNITA	100
TRANSMISSÃO VERTICAL	31%

2022	
SÍFILIS EM GESTANTE	3.049
SÍFILIS CONGÊNITA	693
TRANSMISSÃO VERTICAL	22,7%

CASOS

85.170

SÍFILIS
ADQUIRIDA
(DE 2012 A 2022)

18.753

SÍFILIS EM
GESTANTE
(DE 2012 A 2022)

5.371

SÍFILIS
CONGÊNITA EM
MENOR DE 1 ANO
(DE 2012 A 2022)

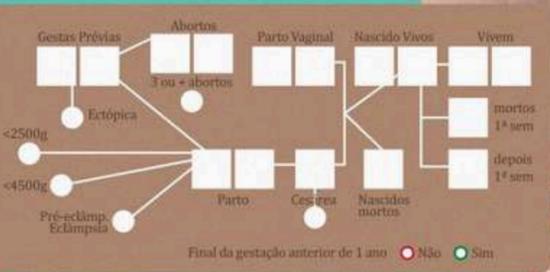


Peso anterior _____ Altura cm _____ Estado civil Casada Solteira Estável Outro _____

DUM ___/___/___ Tipo de gravidez Única Gêmeas Triplo ou mais Ignorado

DPP ___/___/___ Risco habitual Gravidez Alto Risco Gravidez planejada Não Sim

DPP USC ___/___/___



Vacinação:

Vacina antitetânica
 Sem informação de imunização.
 Imunizada há menos de 5 anos.
 Imunizada há mais de 5 anos.

1ª dose ___/___/___ 3ª dose ___/___/___
 2ª dose ___/___/___ Reforço ___/___/___

Hepatite B
 Imunizada

1ª dose ___/___/___
 2ª dose ___/___/___
 3ª dose ___/___/___

Influenza ___/___/___ dTpa ___/___/___ Covid ___/___/___

Ultrassonografia

Data	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros
___/___/___					
___/___/___					
___/___/___					
___/___/___					
___/___/___					

Citopatológico de colo do útero ___/___/___

Avaliação Odontológica:

Data	Dente	Procedimento Realizado	Assinatura
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			



ANOTAÇÕES IMPORTANTES



AMAMENTA BRUSQUE
 Centro de Serviço em Saúde Brusque
 Rua Prof. Germano Schaeffer, 66 - 2º andar.
 Centro I, Brusque - SC, 88350-310
 Contato: 47 99698-1221
 www.brusque.sc.gov.br

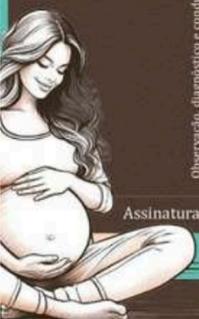


Prefeitura de Brusque
CARTEIRA DA GESTANTE

Nome: _____ UBS: _____
 Data Nasc.: ___/___/___
 CNS: _____ Idade: _____
 End: _____ Nº _____
 Bairro: _____
 Município: _____ Fone: _____
 Nome do bebê: _____
 Sexo do bebê:

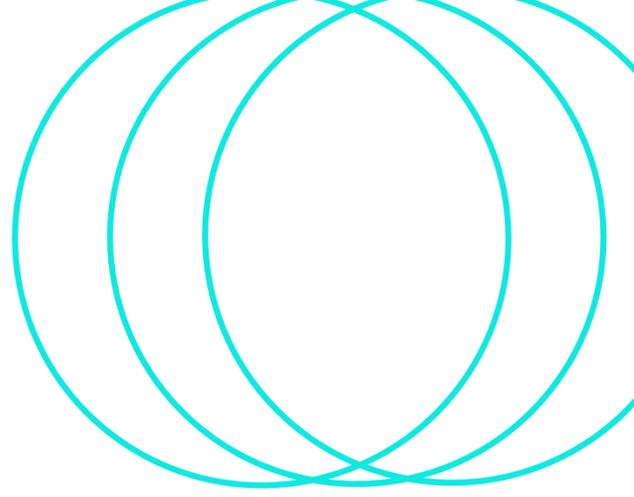
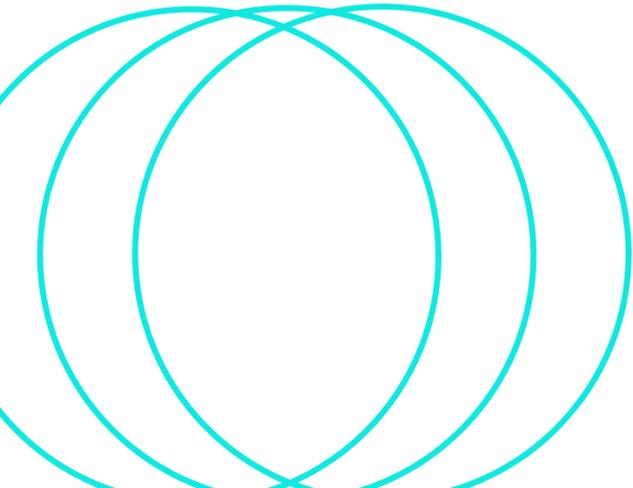
Consultas de pre-natal

Data	Hora	Profissão
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____
___/___/___	__:___	_____



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª
Data														
Queixa														
IG - DUM/USG														
Peso (kg)/IMC														
Edema														
Pressão arterial (mmHG)														
Altura uterina (cm)														
Apresentação fetal														
BCF/Mov. fetal														
HGT														
Assinatura														

Exames	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		Exames	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado		Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Tipagem Sanguínea (ABO - RH)							Sífilis (VDRL) - teste rápido						
Hemograma (Hemoglobina/Hematócrito)							Anti-HIV I e II - teste rápido						
Glicemia de jejum							Hep. B (HbSag) - teste rápido						
Anti HBS							Hep. C (Anti HCV) - teste rápido						
Parcial Urina (EQU)							Citomegalovirus IgG						
Urocultura com TSA							Citomegalovirus IgM						
Toxoplasmose IgG							Pesquisa Streptococcus B-hemolítico						
Toxoplasmose IgM							Sífilis (VDRL) - Teste rápido - parceiro						
Eletroforese de Hemoglobina							Anti-HIV I e II Teste rápido - parceiro						
Teste Tolerância à Glicose (TTOG)							Hep B (HbSag) - Teste rápido - parceiro						
Coombs Indireto							Hep C (Anti HCV) - Teste rápido - parceiro						



OBRIGADA PELA ATENÇÃO

ERIKA MAUCH VAZ

