



Telessaúde
UFSC



apresentam

Cuidado compartilhado: Abordagem interprofissional do Pré natal na APS

Márcia de Oliveira & Suliane Motta do Nascimento

Maria, 14 anos, chega na recepção, acompanhada de sua mãe, solicitando atendimento porque “está enjoada”.

É direcionada para atendimento com Shirley, enfermeira de sua equipe, que pergunta sobre uso de MAC e a data da última menstruação.

Maria diz que toma ACO, “mas esquece de vez em quando”, e que não menstrua há 2 meses.

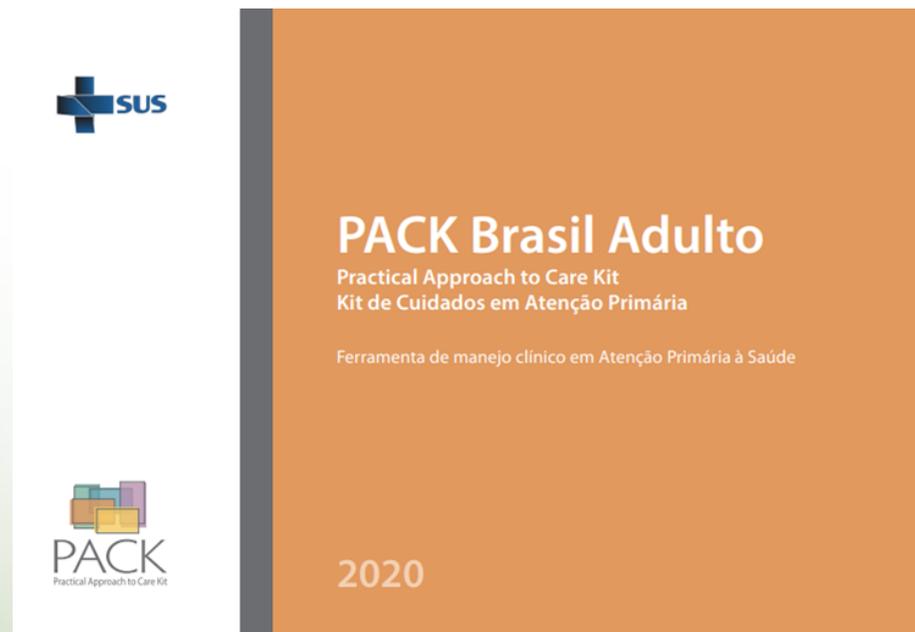


Qual seria o manejo neste caso?

- ❖ Acolhimento;
- ❖ Anamnese e exame físico;
- ❖ TR para gravidez;
- ❖ Manejo da queixa.

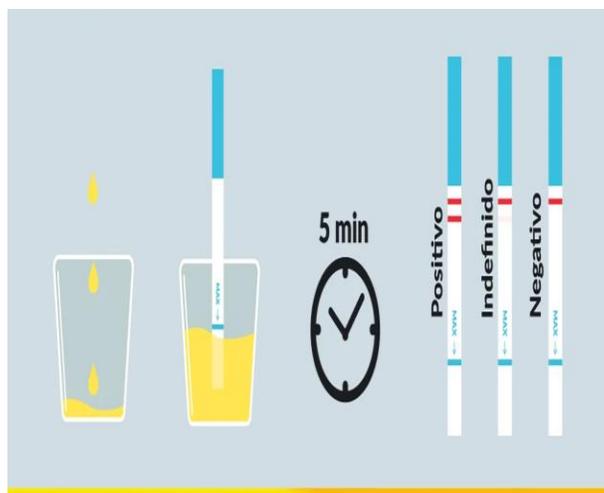


Alguns dispositivos norteadores disponíveis para o cuidado na APS/SC



Teste rápido de gravidez = REAGENTE

Mediante resultado positivo pode-se iniciar o PN



Primeira consulta de Pré Natal



Quadro 5.2 – Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação^{1,11}

TRIMESTRE
1º CONSULTA

ROTEIRO

- Entrevista: Investigar presença de sintomas e queixas; planejamento reprodutivo; rede familiar e social; condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; violência doméstica; atividade física; história nutricional; tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; saúde sexual; imunização; saúde bucal;
- Antecedentes familiares. Determinar cálculo da Idade gestacional e data provável do Parto a partir da DUM;
- Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3
- Solicitação da 1ª rotina de exames – Quadro 5.6
- Encaminhamento para odontologia (obrigatório) ou profissionais NASF conforme necessidade;
- Prescrição de Ácido Fólico;

Observações

- Atenção a Identificação de riscos;
- Prescreva Ácido Fólico 5 mg ao dia até 12 semanas de gestação (PACK 2016);
- É fundamental explicar sobre as consequências do tabagismo para a saúde da mulher e do feto. O tratamento farmacológico (incluindo a reposição de nicotina) é contraindicado para gestantes e nutrizes.

Seguindo nosso caso... Foi realizado TR para sífilis com resultado: - REAGENTE

Teste rápido para triagem da Sífilis e/ou VDRL/RPR

- Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal.
- Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis.
- É recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre, se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B)
- Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e
- Agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico. Não precisa aguardar VDRL para iniciar tratamento;
- Repetir o exame no 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto e em caso de abortamento.
- Lembrar que a sífilis é de notificação compulsória.
- O diagnóstico definitivo de sífilis é estabelecido por meio da avaliação da história clínica e dados epidemiológicos.
- Atenção para história de sífilis pregressa e tratamentos anteriores;
- Para maiores detalhes, observar o registrado no Protocolo de Enfermagem vol.2 do município.



Protocolo de enfermagem - SC; volume 3, 2016

TRATAMENTO

Sífilis latente recente (menos de 1 ano de evolução): Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.

Sífilis latente tardia (mais de 1 ano de evolução) ou duração ignorada: Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1 vez por semana, 3 semanas. Pacientes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico.

O tratamento na gestação deve ser iniciado o mais precocemente possível, a fim de assegurar o intervalo necessário para evitar a sífilis congênita. O parceiro deve ser sempre investigado e, na ausência de testes positivos, tratado presumivelmente com dose única de penicilina. O tratamento das parcerias deve ser concomitante e recomenda-se o uso de preservativo nas relações sexuais. Por causa das dificuldades no diagnóstico clínico e na determinação do tempo de infecção, **a grande maioria dos casos será tratada por 3 semanas.**

É importante registrar o tratamento efetuado em prontuário e/ou caderneta e notificar o caso para a vigilância epidemiológica.



Consultas subsequentes

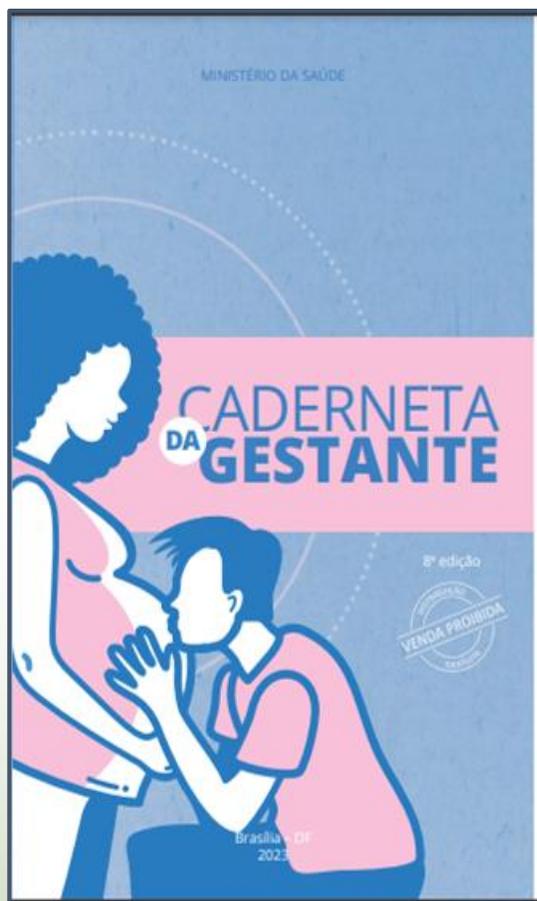
Periodicidade de consultas:

É importante que sejam realizadas no mínimo 7 consultas.

Podem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

- Até 36^a semana – mensal;
- De 36^a até 38^a – quinzenal;
- De 38^a até 41^a – semanal.





AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

As consultas de pré-natal são realizadas tanto por médicos(as) quanto por enfermeiros(as), que trabalham em conjunto e devem ser complementadas pela avaliação do dentista.

Se você foi classificada como alto risco gestacional, no início ou em qualquer momento durante o acompanhamento pré-natal, você deve contar também com consultas de equipes especializadas, contendo médicos obstetras, e manter acompanhamento compartilhado entre a equipe da sua unidade básica de saúde e a equipe especializada.

É importante que todos os profissionais façam parte do cuidado durante o pré-natal, como agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, dentista e, se necessário, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista entre outros.

Esc Anna Nery 2021;25(1):e20200098



PESQUISA | RESEARCH

www.scielo.br/EAN

Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde^a

Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in primary health care

*Directrices para las mujeres embarazadas: la importancia de la **atención** compartida en la atención primaria de salud*

Bruna Leticia Marques¹Yaná Tamara Tomasi²Suelen dos Santos Saraiva²Antonio Fernando Boing²Daniela Savi Geremia¹

1. Universidade Federal da Fronteira Sul,
Chapecó, SC, Brasil.

2. Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva, Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre a adequação das orientações recebidas durante o pré-natal e o profissional que atendeu a gestante na maioria das consultas na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Participaram 3.111 puérperas que realizaram pré-natal pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Santa Catarina em 2019, através de questionário aplicado em ambiente hospitalar até 48 horas pós-parto. Analisou-se associação entre a variável de exposição principal e covariáveis, e o desfecho segundo profissional que atendeu no pré-natal. **Resultados:** As orientações mais frequentes foram os sinais de riscos na gestação (80,3%) e riscos de automedicação (76,9%). Observaram-se prevalências abaixo de 50% nas orientações sobre manejo adequado da amamentação (45,9%) e possibilidade de visitar a maternidade antes do parto (38,2%); ter recebido todas as orientações ao menos uma vez durante o pré-natal foi de 18,4%. Gestantes atendidas na maioria das consultas pelos profissionais médico e enfermeiro apresentaram chance 41,0% maior de adequação às orientações, em comparação com aquelas atendidas exclusivamente por médicos. **Conclusões e implicações para a prática:** A prevalência de orientações dadas pelos profissionais de saúde às gestantes foi mais elevada quando o pré-natal foi mais compartilhado entre enfermeiros e médicos, em comparação ao atendimento majoritário por profissional de apenas uma profissão.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the adequacy of the guidelines received during prenatal care and the professional who attended the pregnant women in most consultations in Primary Health Care. **Method:** 3,111 puerperas who underwent

“Gestantes atendidas na maioria das consultas pelos profissionais médico e enfermeiro apresentaram chance 41,0% maior de adequação às orientações, em comparação com aquelas atendidas exclusivamente por médicos.”

Pré-natal do parceiro ou pares do mesmo gênero

- ❖ Solicitar presença do pai ou pares para participar das consultas;
- ❖ Agendar consulta para pai ou par, a fim de ser um espaço de escuta de suas queixas de saúde, levantar história de cuidado e identificar possíveis comorbidades ou situações de vulnerabilidade;
- ❖ Realizar exame físico, aferição de sinais vitais e antropometria;
- ❖ Orientar sobre calendário vacinal e oferecer a imunização oportuna no momento;
- ❖ Realizar ou encaminhar exames conforme necessidade, oferecer sorologias;
- ❖ Avaliar cada queixa, segundo condutas centradas na pessoa e baseadas em evidências, de acordo com os protocolos de enfermagem;
- ❖ Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe, ou de pares do mesmo gênero no pré-natal, pode assegurar a manutenção da saúde e participação de todos (as).

Protocolo de Enfermagem

| | | |
|---|--|---|
| 1º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas | - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3 - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional. -Atenção para os desconfortos e modificações gravidicas; | - Atenção para as alterações da pressão arterial; |
| 2º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas | - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.6 - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Solicitação da 2ª rotina de exames – Quadro 5.3 | - Atenção para identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino; - Solicitar 2ª rotina de exames entre 22 a 24 semanas; |
| 3º TRIMESTRE Rotina de consultas preferencialmente recomenda –se com frequência quinzenal de 36ª até 38ª e semanal de 38ª até 41ª. | - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3 - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional. - Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto; - Solicitação da 3ª rotina de exames – Quadro 5.6 | - O aumento da frequência de consultas no final da gestação se deve à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico- obstétricas mais comuns nesse trimestre. - Atenção para identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Não existe alta do Pré Natal; - Se o parto não ocorrer até 41ª, encaminhar para avaliação de vitalidade fetal, possível indução de parto (PACK 2016). |

Pack

Cuidado pré-natal de rotina

Avalie a paciente gestante na primeira consulta, mensalmente até 36 semanas, por volta de 38 semanas e então semanalmente.

| Avalie | Quando avaliar | Observações |
|--|---|--|
| Sintomas | Toda consulta | Maneje sintomas conforme a página do sintoma. Verifique se paciente necessita de atenção urgente → 121. |
| Data provável do parto | Primeira consulta | Anote no cartão de pré-natal. Se paciente ≥ 41 semanas, confirme DPP e encaminhe para avaliação fetal e possível indução de parto |
| Movimentos fetais | Toda consulta a partir de 20 semanas | Se movimentos fetais diminuídos ou ausentes, deite paciente de lado e registre movimento fetais em um cartão. Se < 10 movimentos em 2 horas, encaminhe para avaliação adicional. |
| Saúde mental | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> No último mês, sentiu 1) desanimado, deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? se sim para qualquer um → 109. Qualquer uso de álcool ou drogas é arriscado para o bebê. No último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? se sim para qualquer um → 107. |
| IMC* | Primeira consulta | Se IMC < 18,5: exclua TB, verifique peso em toda consulta, encaminhe para avaliação com nutricionista. Se IMC > 30: encaminhe alto risco e nutricionista. |
| Exame abdominal | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Se massa, que não é útero, em abdome ou pelve, solicite USG e discuta. Anote altura de fundo uterino no cartão de pré-natal e marque na curva. Se < 10^o ou > 90^o percentil: confirme, solicite USG e discuta. Após 10-12 semanas: verifique o BCF para a tranquilizar a paciente. Se ausente: repita/confirme e encaminhe no mesmo dia Se 37 semanas e apresentação pélvica/não-cefálica, discuta. |
| Corrimento ou perda de líquido vaginal | Toda consulta | Se corrimento anormal → 40. Se perda súbita de líquido claro e sem contrações: provável ruptura prematura de membranas → 121. Se pequena quantidade de líquido claro/transparente: confirme com espéculo estéril e encaminhe no mesmo dia para avaliação com USG. Evite exame de toque vaginal. |
| PA (PA é normal se < 140/90) | Toda consulta | <ul style="list-style-type: none"> Se PA > 160/110: repita/confirme e encaminhe com urgência. Se PA ≥ 140/90 e < 160/110, repita após 1 hora de decúbito lateral esquerdo. Se 2^a PA normal, repita após 2 dias. Se 2^a PA ainda elevada e dor de cabeça intensa/persistente, visão borrada, nova dor abdominal persistente: encaminhe com urgência. Se 2^a PA ainda elevada e sem sintomas: solicite PU. Se proteinúria, provável pré-eclâmpsia: encaminhe no mesmo dia. Se sem proteinúria, discuta. Oriente paciente a retornar imediatamente se dor de cabeça, problemas visuais ou dor abdominal. |
| USG | 18-22 semanas | Agende USG para 18-22 semanas. Se microcefalia/calcificações intracranianas/alterações SNC: notifique e discuta para excluir Zika vírus. |
| PU, C e TSA | Primeira consulta e após 28 semanas | <ul style="list-style-type: none"> Se cultura positiva e sem sintomas, repita/confirme com segunda cultura. Se segunda cultura positiva: trate de acordo com antibiograma e repita PU, C e TSA uma semana após o tratamento e então mensalmente. Se estreptococos do grupo B, discuta. Se proteinúria, verifique PA. Se PA ≥ 140/90: encaminhe no mesmo dia. Se PA < 140/90 e ≥ 2+ de proteinúria, encaminhe ao pré-natal de médio risco para descartar nefropatia. Se PA < 140/90 e < 2+ de proteinúria, repita PU, C e TSA. Se glicose na urina, investigue diabetes. |
| Rastreamento de diabetes | <ul style="list-style-type: none"> < 24 semanas: se necessário ≥ 24 semanas: todas | <ul style="list-style-type: none"> Se < 24 semanas, avalie fatores de risco e necessidade de rastrear DM → 95. Se ≥ 24 semanas, solicite teste de tolerância oral à glicose 75g (preferencialmente entre 24-28 semanas). Se glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL ou glicemia de 2 horas ≥ 153 mg/dL, provável DM Gestacional: discuta/encaminhe. |
| HMG | Primeira consulta e após 28 semanas | <ul style="list-style-type: none"> Se Hb < 8g/dL ou palidez com FR > 30, dor no peito ou desmaio/cansaço fácil, encaminhe no mesmo dia. Se Hb < 8g/dL e assintomática, discuta/encaminhe. Se Hb 8-11 g/dL até 14 semanas ou 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas, trate → 124 e repita HMG em 1 mês. |
| Tipagem sanguínea e fator Rh | Na primeira consulta se desconhecido | <ul style="list-style-type: none"> Se Rh negativo, anote no cartão de pré-natal e confirme Rh do parceiro, se possível. Se Rh do parceiro negativo: discuta indicação de imunoglobulina anti-D. Se Rh do parceiro positivo/desconhecido: solicite coombs indireto após 24 semanas e repita todo mês. Se coombs indireto positivo: discuta/encaminhe. |
| Toxo IgG/IgM | Primeira consulta | Se IgG (+) e IgM (+), solicite teste de avidéz e discuta . Se IgG (-) e IgM (+), infecção recente: discuta /encaminhe. Se IgG (-) e IgM (-), repita com 30 semanas. |

Continue avaliando a paciente gestante → 124

Pack

12

Continue avaliando a paciente gestante

| | | |
|------------|--|--|
| Sífilis | Primeira consulta, entre 14-26 semanas e após 28 semanas | Teste para sífilis → 44. Se positivo, trate paciente e parceira → 44. |
| Hepatite B | Primeira consulta e, se negativo, após 28 semanas | Se tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/mL, considere imune (não há necessidade de testar). Se < 10 UI/mL ou desconhecido, teste para hepatite B → 87. |
| HIV | Primeira consulta e, se negativo, após 28 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Teste para HIV → 81. Se paciente recusar, ofereça testagem de HIV a cada consulta, mesmo próximo ao parto. • Se positivo, inicie/reinicie TARV → 85 ou mantenha/não pare TARV. Discuta e encaminhe com prioridade (infecologia e alto risco). Se < 12 semanas e usa dolutegravir: discuta e considere trocar TARV. |

Aconselhe a paciente gestante

- Aconselhe parar de fumar → 108, beber álcool, usar outras drogas ou abusar de medicamentos. Apoie para mudança → 133. Aconselhe não tomar medicamentos a não ser que prescritos.
- Aconselhe a paciente a evitar carne crua ou mal passada ou comida pré-preparada resfriada ou leite não pasteurizado, lavar cuidadosamente as mãos, frutas e vegetais antes de comer, usar luvas e lavar as mãos após trabalhar com terra, evitar contato com fezes de gato. Aconselhe a reduzir a cafeína.
- Oriente sexo seguro. Aconselhe o uso de preservativos por toda a gestação e a ter 1 parceria por vez.
- Assegure-se que a paciente conhece os sintomas de uma emergência gestacional → 121 e de trabalho de parto prematuro.
- Discuta sobre contracepção pós-parto → 119.
- Oriente paciente para evitar doenças transmitidas por mosquitos:
 - Evitar viajar para áreas com Zika/dengue/malária.
 - Se em área de Zika/dengue/malária:
 - Usar repelentes (consulte médico/enfermeira sobre as opções e uso adequado) e utilizar roupas que protejam partes expostas do corpo.
 - Procurar ficar e dormir em locais/quartos com tela de proteção contra insetos ou ar condicionado, se possível. Evitar horários/lugares com presença de mosquitos. Dormir em cama com mosquiteiro.
- Se HIV negativa, estimule amamentação exclusiva por 6 meses: apenas leite materno (sem fórmula, água, cereal). Se HIV positiva, contraindique a amamentação e oriente o uso de fórmula.
- Considere envolver a equipe multiprofissional de apoio se: história pessoal ou familiar de depressão/ansiedade, < 15 anos, gravidez indesejada, suporte familiar/social precário, sem/pouco suporte do parceiro, violência doméstica, evento traumatizante de vida no último ano, HIV não revelado.

Trate a paciente gestante

- Prescreva **ácido fólico** 5mg ao dia até 12 semanas de gestação.
- Verifique se tem risco de pré-eclâmpsia (vide abaixo): se não tem risco de pré-eclâmpsia, prescreva a partir das 16 semanas **sulfato ferroso** 40mg (um comprimido)¹ ao dia.
- Se Hb 8-11g/dL até 14 semanas ou 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas: prescreva **sulfato ferroso** 120mg (três comprimidos)¹ ao dia, repita HMG em 1 mês:
 - Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb > 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (um comprimido)¹ ao dia até o 3º mês pós-parto.
 - Se Hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg (seis comprimidos)¹ ao dia e repita HMG em 1 mês:
 - Se Hb subindo: continue tratamento e repita HMG cada 1-2 meses até Hb > 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (um comprimido)¹ ao dia até o 3º mês pós-parto.
 - Se Hb estagnada ou caindo: **discuta/encaminhe** com prioridade.
- Se gestação durante inverno, ofereça **vacina contra influenza**. Se vacina HBV incompleta (< de 3 doses)/desconhecida, prescreva **vacina contra HBV**.
- Confira se a vacinação contra tétano, difteria e coqueluche está em dia (3 doses de difteria e tétano na vida):
 - Se em dia, prescreva uma dose da **vacina de tétano, difteria e coqueluche (dTpa)** entre 20 semanas de gestação até 45 dias após o parto.
 - Se atrasada/desconhecida, complete esquema vacinal da dT com 1 mês entre as doses. Garanta que 1 dose seja da dTpa e seja aplicada preferencialmente antes do parto.
- Encaminhe gestante para consulta com dentista, se disponível.
- Verifique **risco de pré-eclâmpsia**, se qualquer um dos seguintes fatores de alto risco: HAS, DM, doença renal, doença autoimune, pré-eclâmpsia prévia; ou se ≥ 2 dos seguintes fatores de moderado risco: 1ª gestação ou última gestação > 10 anos, IMC ≥ 35, história familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã), > 40 anos, gestação gemelar. Se tem risco de pré-eclâmpsia:
 - Se baixa ingestão de cálcio na dieta (sem laticínios, baixo consumo de frutas ou vegetais, alto consumo de bebidas com baixo nível de cálcio, como refrigerantes): prescreva **cálcio elementar** 1,5g ao dia (em horários diferentes do sulfato ferroso¹, se em uso deste) a partir das 20 semanas.
 - Prescreva **AAS** 100mg ao dia a partir das 12 semanas. Pare 10 dias antes da data estimada de parto.

Ofereça cuidado pós-natal (puerperal) à mãe e bebê → 125.

¹Considere 1 comprimido de sulfato ferroso equivalente à 40mg de ferro elementar. Oriente tomar os comprimidos 30 minutos antes das refeições com sucos cítricos e evitar chá/café 2 horas antes ou após a tomada dos comprimidos. ²Cálcio pode interferir com a absorção do ferro.

Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional

PRÉ-NATAL NA APS

Orientações gerais

- Ofereça atendimento a todas as mulheres com gravidez presumida ou confirmada, independente de turno programado para esse grupo em agenda.
- Classifique risco gestacional a cada consulta e encaminhe ou realize matriciamento, se necessário.
- Programe:
 - Consultas mensais até a 28ª semana;
 - Consultas quinzenais da 28ª até a 36ª semana;
 - Consultas semanais da 36ª semana até o parto e nascimento.
- Realize busca ativa em caso de ausência em consultas programadas;
- Ofereça imunização conforme calendário vacinal;
- Mantenha registro atualizado e legível em caderneta de saúde da gestante.
- Mantenha contato com maternidades de referência, pactuando contra referência de gestantes, puérperas e crianças.

Pré-Concepção

Ofereça avaliação pré-concepcional para mulheres/casal que queiram engravidar.
Ofereça testagem rápida para mulheres com suspeita de gravidez.

1º Consulta

- Realize Anamnese, exame físico e rastreamento para câncer de colo do útero se indicado.
- Solicite os exames complementares padronizados para o 1º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.
- Realize rastreio para violência sexual e oriente sobre interrupção, caso a mulher não queira continuar a gestação.
- Encaminhe para avaliação odontológica.

2º Trimestre

- Realize Anamnese e exame físico.
- Solicite os exames complementares padronizados para o 2º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.
- Encaminhe para atualização das vacinas.

3º Trimestre

- Realize Anamnese e exame físico.
- Solicite os exames complementares padronizados para o 3º trimestre e agende consulta em até 7 dias para avaliação de resultados.

Puerpério

- Realize Anamnese e exame físico com abordagem ao puerpério.
- Estimule a amamentação.

Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional

EXAMES DO PRÉ-NATAL HABITUAL

1ª Consulta

- Hemograma
- Glicemia de Jejum (rastreamento DMG)
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Teste rápido para Sífilis e/ou VDRL
- Sorologia para Hepatite B (HbsAg)
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Exame qualitativo de urina e urocultura (EQU)
- Eletroforese de Hemoglobina

2º Trimestre

- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Teste de tolerância à glicose (rastreamento DMG positivo)
- Glicemia de Jejum (rastreamento DMG negativo)

3º Trimestre

- Hemograma
- Glicemia de Jejum
- Tipagem sanguínea
- Teste rápido para Sífilis e/ou VDRL
- Sorologia para Hepatite B (HbsAg)
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Exame qualitativo de urina e urocultura (EQU)

Perguntas e respostas



A gestante adolescente deve ser encaminhada ao PNAR?

A gestante adolescente pode ser atendida sem acompanhante nas consultas?

Sugestões de próximas capacitações:

- ❖ Evolução de Pré Natal.
- ❖ Exame físico na gestante;
- ❖ Exames laboratoriais na gestação e interpretação;
- ❖ Esquema vacinal da gestante;
- ❖ Pré-natal do parceiro ou pares do mesmo gênero;
- ❖ Plano de parto;
- ❖ Coleta de Citopatológico.

Material complementar

BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

AVASUS O que você quer ap Início Cursos Parceiros Sobre nós Transparência Repositório Ajuda Sair pt_br

Planejamento Reprodutivo Pré Natal e Puerpério - Autoinstrucional Entrar no curso

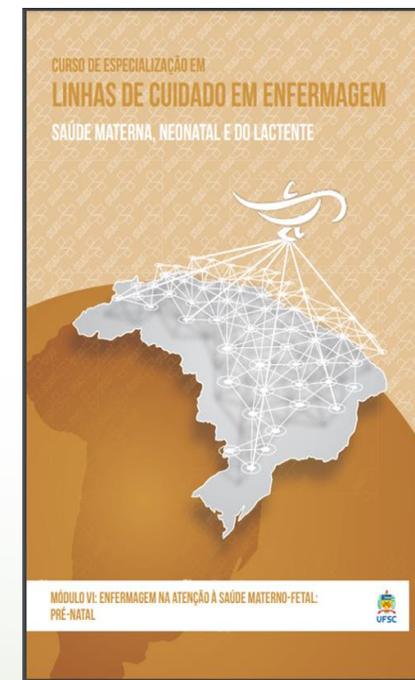
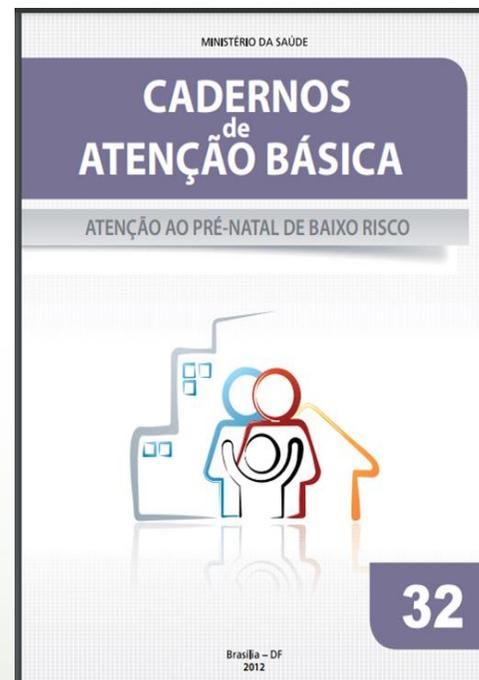
UFRRN / SEDIS / LAIS / PEPSUS / MS

Início / Módulos / Planejamento Reprodutivo Pré Natal e Puerpério - Autoinstrucional

INFO SOBRE OBJETIVOS REA CONTEÚDO CRÉDITOS

Informação geral

- 30h
- Desde a 10/4/2019
- ★★★★★ 4688 Avaliações
- Inscrições abertas ao público
- 7916 Aluno (s) atualmente matriculado (s)
- Sem discussões
- Sem orientação / facilitação



<https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=270>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

<https://unasmus2.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=51>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

REFERÊNCIAS

BRASIL. PACK Brasil Adulto: versão nacional. **Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde**. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020. Título original: Practical Approach to Care Kit – PACK Global Adult.

<https://cremal.org.br/wp-content/uploads/2022/05/PACK-Brasil-Adulto-Ferramenta-de-manejo-clinico-em-Atencao-Primaria-a-Saude.pdf>

COREN/SC. **Protocolo de Enfermagem volume 3. Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis, dezembro 2016 (atualizado em setembro de 2017).

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; GEREMIA, D. S. **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde**. Escola Anna Nery, v. 25, n. 1, p. 01-08, 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Fluxograma - Sífilis no adulto: gestacional e adquirida**. <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/S%C3%ADfilis/Publica%C3%A7%C3%B5es/fluxograma-sifilis-2023.pdf>

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional**. 2ª Edição, maio 2022. Disponível em: [Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional](#).