

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE

**Cuidado Integral no  
Pré-Natal: Ações da Atenção  
Primária na Prevenção de  
Óbitos  
Maternos, Fetais e Infantis**



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# Mortalidade Materna-infantil

## Principais

## fatos

- A cada dia, em 2023, aproximadamente 720 mulheres morreram de **causas evitáveis** relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo.
- 94% de todas as mortes maternas ocorrem em **países em desenvolvimento**.
- A mortalidade materna é **mais elevada entre as mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres**.
- Comparadas a outras mulheres, as **adolescentes enfrentam maior risco de complicações e morte** em decorrência da gravidez.
- Os **cuidados antes, durante e após o parto** podem salvar a vida das mulheres e dos recém-nascidos.
- Entre 2020 e 2023, a mortalidade materna no mundo diminuiu 40%.
- Entre 2016 e 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos.

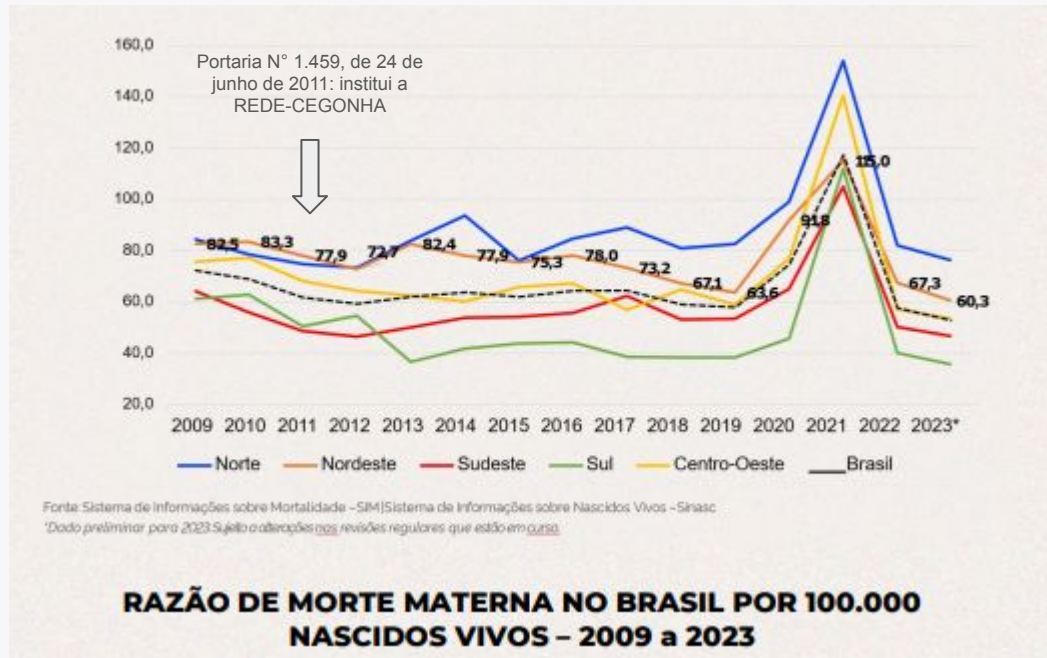
## Mortalidade Materna - O que é?

Morte Materna é definida como a morte de uma pessoa durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente de duração ou localização da gravidez.

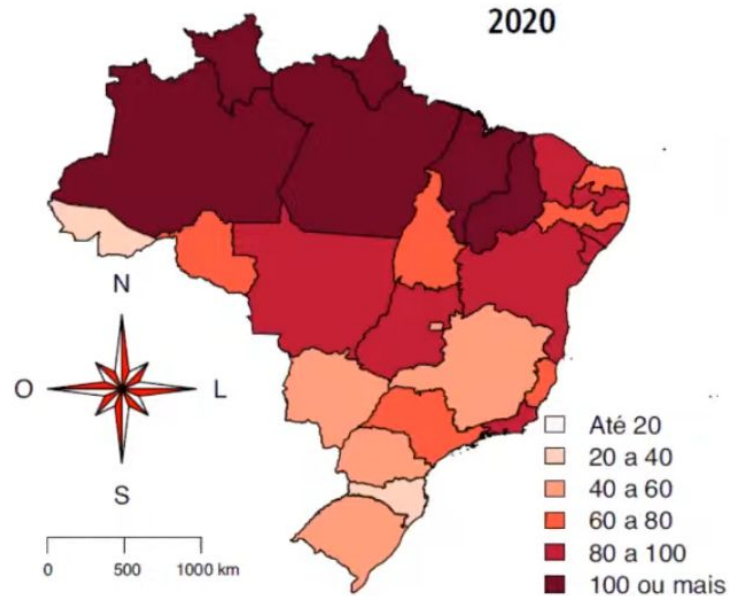
- Morte materna obstétrica direta
  - Morte materna obstétrica indireta
  - Morte materna não obstétrica (causas externas)
- Passíveis de intervenções da APS!!!*

# Situação Atual - Razão de Mortalidade Materna no Brasil

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100.000$$



# Situação Atual - Mortalidade Materna no Brasil



Fonte: Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos e sobre Mortalidade (Sinasc e SIM).  
Nota: RMM com fator de correção para 2020.

IGURA 6 Razão de mortalidade materna por unidades da Federação, Brasil, 2020

Disparidades regionais:  
- Acesso  
- Qualidade da assistência prestada

## Situação Atual - Mortalidade Materna no Brasil por cor/raça

### SITUAÇÃO ATUAL

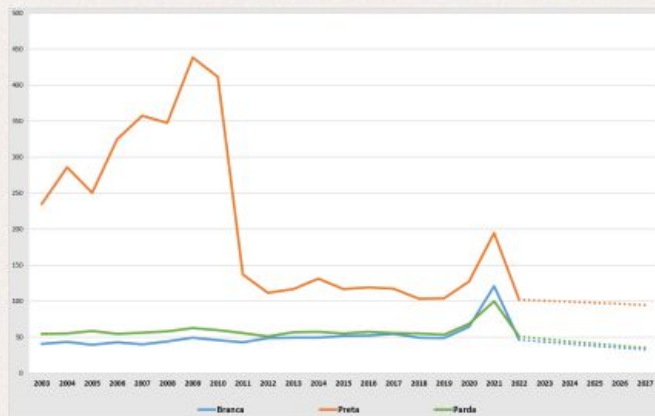
**Iniquidade racial:  
mortalidade 2x maior  
entre gestantes pretas**

*Mortalidade materna para a população preta é 110 por 100 mil nascidos vivos, enquanto entre a população branca é 50.*

*Índice acima da média para a população indígena (78)*

**Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo raça/cor e ano**

**POR 100.000 NASCIDOS VIVOS**

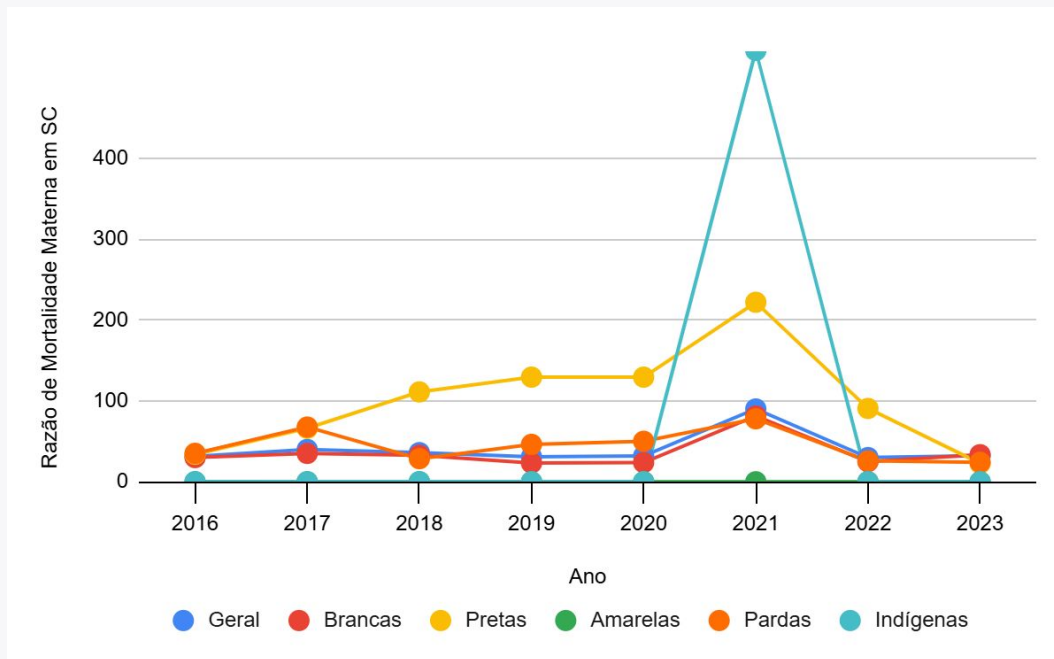


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

# Situação Atual - Mortalidade Materna em Santa Catarina

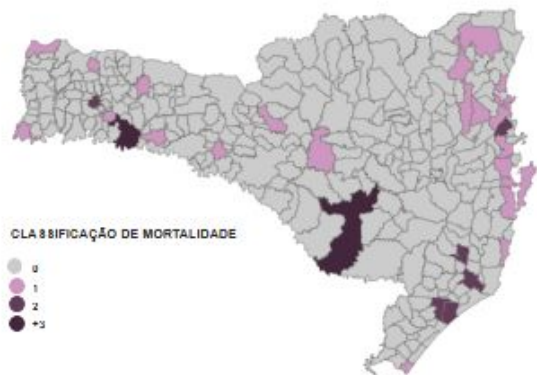


## Situação Atual - Mortalidade Materna em Santa Catarina por raça/cor

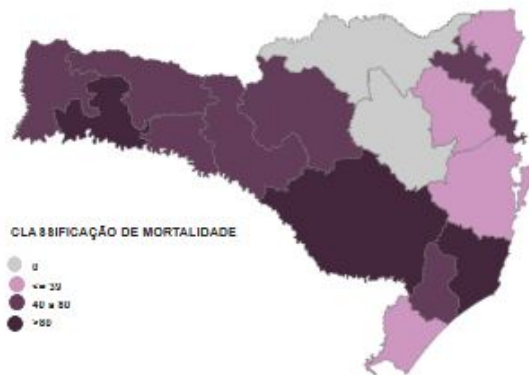


# Situação Atual - Mortalidade Materna em Santa Catarina por região

Nº DE ÓBITOS MATERNS POR MUNICÍPIO (POR 100.000 HAB.) POR MUNICÍPIO



RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS) POR REGIÃO



RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS) POR MACRORREGIÃO



# Situação Atual - Mortalidade infantil no Brasil

## SITUAÇÃO ATUAL

### Altas taxas de mortalidade neonatal, maioria por causas evitáveis

#### MORTALIDADE NEONATAL

Desigualdade regional em linha com os índices de mortalidade materna.

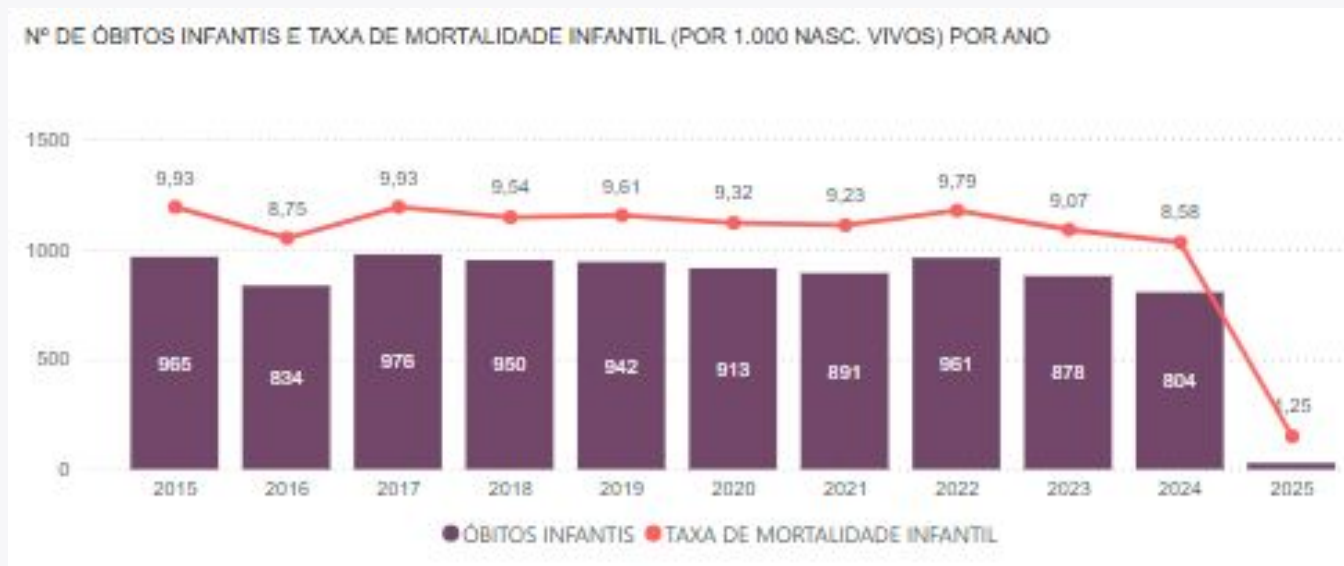
#### 2022

Índice mais elevado no caso da região Norte e Nordeste (10,1) em relação a Sudeste (8), Sul (7,1) e Centro-Oeste (8,4)

Região	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	12,0	11,7	11,5	10,9	10,8	11,1	10,1
Nordeste	11,6	11,3	10,6	10,6	10,4	10,2	10,1
Sudeste	8,3	8,2	8,0	8,2	7,7	7,8	8,0
Sul	7,0	7,3	7,2	7,4	6,8	6,8	7,1
Centro-Oeste	10,0	9,3	9,2	9,1	8,6	8,7	8,4
Brasil	9,6	9,5	9,1	9,2	8,8	8,8	8,7

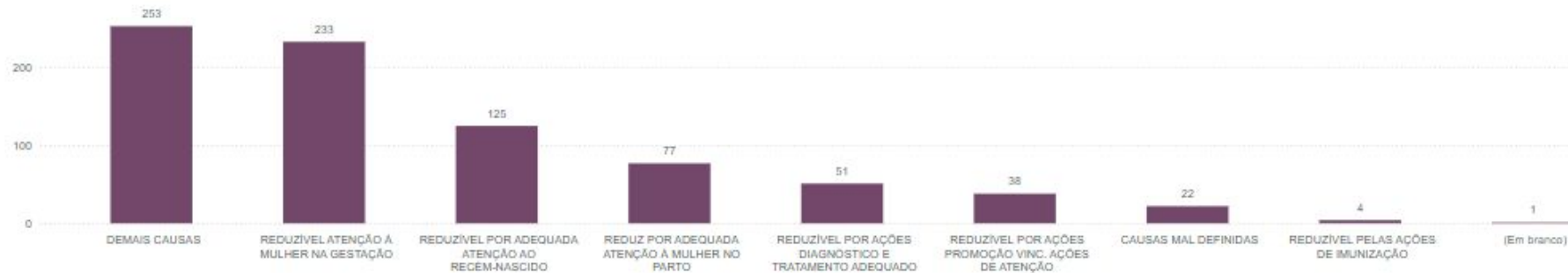
Fonte: MS/SVSA/DAENT/CGIAE -SIM/Sinac.

## Situação Atual - Taxa de mortalidade Infantil em Santa Catarina



## Situação Atual - Mortalidade Infantil em Santa Catarina por causas evitáveis/2024

ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO CAUSAS EVITÁVEIS



# Principais causas de Mortalidade Materna no Mundo

## Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis

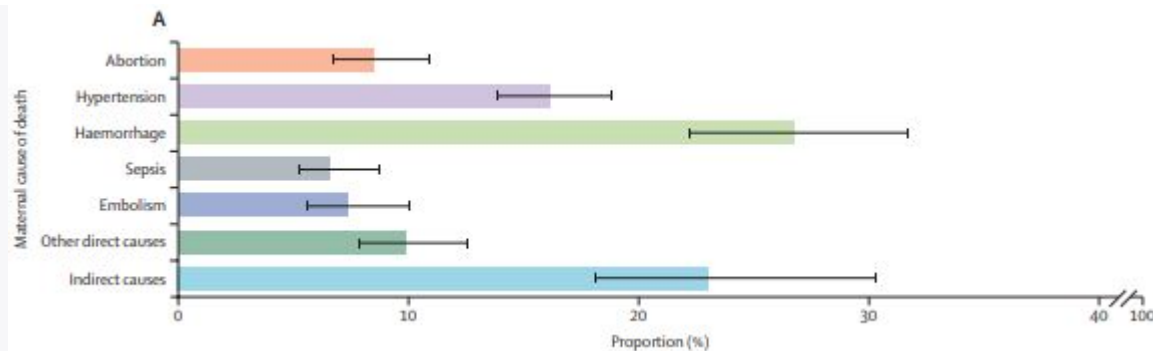


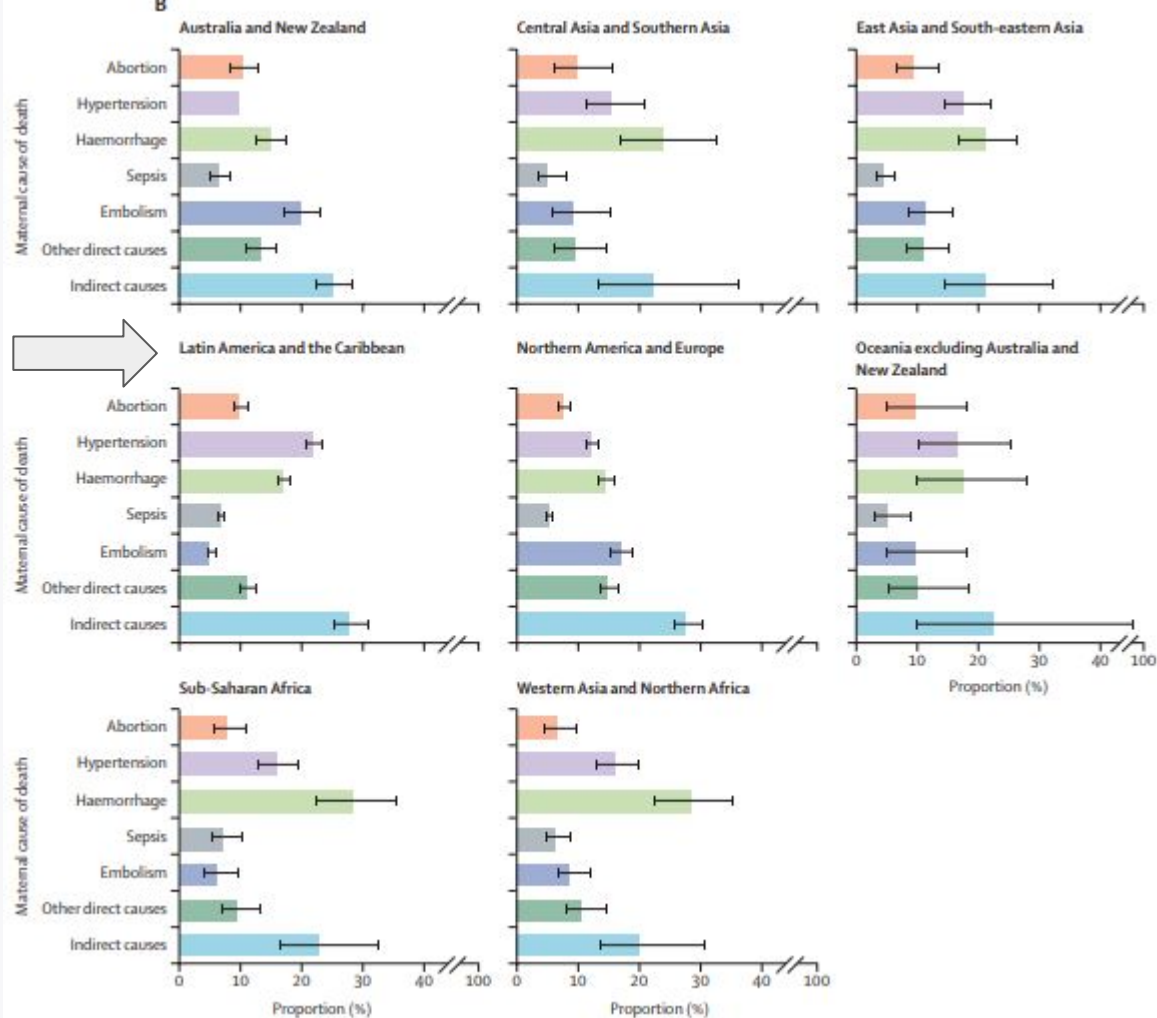
Jenny A Cresswell, Monica Alexander, Michael Y C Chong, Heather M Link, Marija Pejčinovska, Ursula Gazeley, Sahar M A Ahmed, Doris Chou, Ann-Beth Moller, Daniel Simpson, Leontine Alkema, Gemma Villanueva, Yanina Sguassero, Özge Tunçalp, Qian Long, Shaoming Xiao, Lale Say

Lancet Glob Health 2025;  
13: e626–34  
Published Online  
March 7, 2025

### Summary

**Background** Maternal mortality is not on track to meet Sustainable Development Goal (SDG) target 3.1 of a global maternal mortality ratio below 70 per 100 000 livebirths by 2030. Updated evidence on causes of death is needed to accelerate progress.





# Principais causas de Mortalidade Materna no Brasil

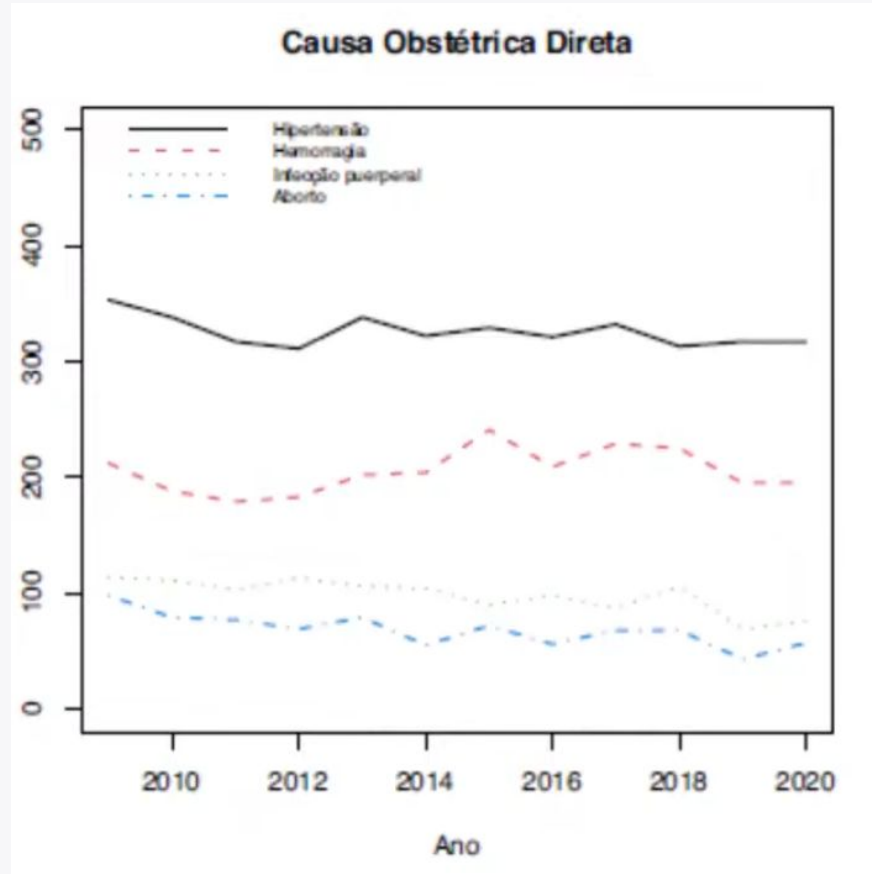
**Os sangramentos intensos (hemorragias)** após o parto podem matar uma mulher saudável em duas horas se ela não receber os cuidados adequados. A injeção de ocitocina imediatamente após o parto reduz o risco de hemorragia.

**As infecções** pós-parto podem ser eliminadas com boa higiene, reconhecimento precoce e tratamento dos primeiros sinais de infecção.

**A pré-eclâmpsia** deve ser detectada e tratada adequadamente antes do início das convulsões (eclâmpsia) ou outras complicações potencialmente fatais. Administrar medicamentos como sulfato de magnésio a pacientes com pré-eclâmpsia pode reduzir o risco de eclâmpsia.

Para evitar a morte materna, também é essencial evitar gestações **indesejadas ou gestações** precoces. Todas as mulheres, particularmente as adolescentes, devem ter acesso à contracepção, serviços de aborto seguro, na medida do permitido pela lei, e cuidados pós-aborto de qualidade.

# Principais causas de Mortalidade Materna no Brasil



Mulheres precisam de serviços de saúde de qualidade antes, durante e após a gravidez e parto



#HealthForAll  
Tradução livre

É um direito humano ter acesso a cuidados maternos de boa qualidade para não morrer por causas evitáveis.



Quando uma mulher morre por causa de sua gravidez isso tem impacto não apenas na sua família, mas também na sua comunidade e em toda a sociedade.



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

As mortes maternas são expressão da **inequidade** de gênero, idade, etnia, local de residência, escolaridade e nível socioeconômico.



Com **boas práticas** baseadas em **evidências** as mortes maternas podem ser **reduzidas** em quase 100%.





# Rede Alyne

Cuidado integral gestantes e bebês

BRASIL BEM  
CUIDADO  
Mais saúde para quem mais precisa



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# ALYNE PIMENTEL

Mulher negra, de baixa renda, moradora de Belford Roxo, na Baixada Fluminense. Morreu grávida de seis meses aos 28 anos em 2002, deixou órfã a filha Alice de 05 anos.

O caso Alyne foi o reconhecimento de que a morte materna por causas evitáveis é uma violação dos direitos humanos das mulheres (CEDAW).

**Antes mesmo da condenação do estado brasileiro, foi lançada a Rede Cegonha, em janeiro de 2011, que ampliou e garantiu cuidado às mulheres durante a gestação e o parto após altos índices de mortalidade materna e neonatal.**



## Por isso: REDE ALYNE!

**Reafirma o compromisso do Ministério da Saúde em enfrentar desafios históricos.**

BRASIL BEM  
CUIDADO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
BRASIL  
UNIAO E RECONSTRUÇÃO



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE



**REDE ALYNE EM 2024  
R\$ 400 MILHÕES/ANO**

**REDE ALYNE EM 2025  
R\$ 1 BILHÃO/ANO**

## ONDE QUEREMOS CHEGAR



**Garantir novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança**



**Reduzir em 25% a mortalidade materna até 2027**



**Reduzir em 50% a mortalidade para mulheres pretas até 2027**



**Atingir o ODS em 2030 (30 óbitos por 100.000 nascidos vivos)**

# Reduzindo as iniquidades para reduzir a mortalidade materna

Especificamente as **mulheres pretas morrem 2 vezes mais na gestação, parto e puerpério** em comparação com as brancas (Silva et al., 2024).

Este grupo apresenta **maior chance** de apresentarem **hipertensão na gestação**, portanto é fundamental que as mulheres pretas iniciem o pré natal precocemente.

Principais razões para esta iniquidade em saúde:

**Racismo institucional;**  
**Dificuldade de acesso a um pré-natal adequado e de qualidade;**  
**Falta de diálogo com os profissionais de saúde;**  
**Falta de informações adequadas sobre os riscos.**



# 10 PASSOS

## DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

A morte materna é um grave problema de saúde pública mundial e possui múltiplos fatores para a sua ocorrência. As ações de cuidado implementadas nos serviços de saúde impactam, decisivamente, na redução dessas mortes. Estes 10 passos trilham o caminho que objetiva a melhoria dos processos assistenciais na saúde da gestante e da puérpera, para a redução da morbimortalidade materna.

1 Garanta **encontros de qualidade**, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde.

3 Realize **triagem oportuna de infecções** do trato geniturinário.

5 Ofereça **treinamento das equipes** de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.

7 Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos **quadros infecciosos** na gestação.

9 **Reduza as taxas de cesariana desnecessárias.**

2 Institua ações de **profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas** durante o pré-natal.

4 **Identifique precocemente sinais de gravidade** clínica materna e garanta tratamento oportuno.

6 Garanta o **reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado** dos quadros de **síndromes hipertensivas graves** na gestação.

8 Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das **síndromes hemorrágicas** na gestação e puerpério.

10 Garanta **vigilância e assistência permanente no puerpério.**

# Pré-Natal na APS

## Pré-Natal na APS - abordagem pré-concepcional

Se a **pessoa deseja interromper anticoncepção**, abordar:

- expectativas em relação à gravidez
- momento que família está vivenciando e a sua história de vida
- identificação de fatores de risco ou doenças que possam impactar na gestação
- indicar uso de ácido fólico a partir do momento que suspender método contraceptivo

## Pré-Natal na APS - Identificação precoce das mulheres com suspeita de gravidez

Vigilância da equipe frente às mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)

Pessoas em situação de **maior vulnerabilidade** requerem **mais proatividade** da equipe, são elas:

- **adolescentes**
- **população moradora em áreas de baixa renda**
- **comunidades rurais ou ribeirinhas de difícil acesso**
- **pessoas em situação de rua**
- **população indígena e quilombola**

# Pré-Natal na APS - prevenção de mortalidade por abortamento inseguro

- 1) Gestação é resultado de **violência sexual** OU causa **risco de vida à pessoa grávida** OU **evidência de malformação fetal incompatível com a vida**?

Sim para qualquer um

**Oriente que interrupção da gestação é prevista por lei nessas situações**

- Reafirme garantia do sigilo da consulta.
- Esclareça que, se desejar, a interrupção da gravidez tem embasamento legal e pode ser justificada/autorizada.
- Se violência sexual, avalie/maneje ↪ 106 e informe que não é obrigatório denunciar à polícia para acessar aborto legal.
- Considere discutir/encaminhar para assistente social/psicólogo.
- Se não deseja prosseguir com a gravidez, **encaminhe** para serviço de interrupção legal da gestação ↪ 189.



# Pré-Natal na APS - prevenção de mortalidade por abortamento inseguro

Fonte: [Pack Florianópolis 2025](#)

## Paciente em situação de violência

### Atenda com urgência paciente em situação de violência e um ou mais dos seguintes:

- Ferimentos necessitando de atenção urgente ↪ 30
- Pensamentos ou comportamento suicida ↪ 101
- Estupro ou violência sexual recente

#### Maneje estupro/violência sexual recente:

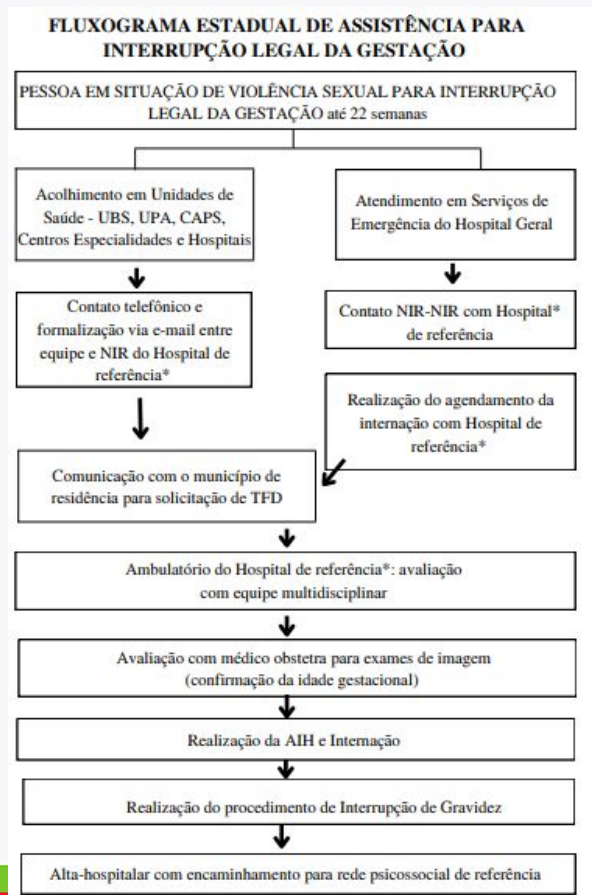
- Previna hepatite B: verifique status vacinal e se vacinação incompleta/desconhecida, prescreva **vacina contra HBV**. Se ≤ 14 dias desde estupro, também prescreva **IGHAHB<sup>1</sup>**.
- Verifique status vacinal de tétano: se vacinação incompleta ou desconhecida ou última dose > 5 anos, prescreva **vacina dT**.
- Previna ISTs: prescreva **ceftriaxona** 500mg IM e **azitromicina** 1g oral e **penicilina benzatina** 2,4MUI IM (se história de alergia à penicilina/silicone nos locais de aplicação ↪ 71)<sup>2</sup> em dose única. Se corrimento vaginal com odor fétido ou teste KOH positivo, também prescreva **metronidazol<sup>3</sup>** 2g dose única.
- Faça teste de gravidez. Se gestante ↪ 167. Se não está grávida e não usa contracepção confiável e ≤ 5 dias desde estupro, ofereça concepção de emergência:
  - Prescreva **levonorgestrel** 1,5mg dose única. Se IMC ≥ 30 ou usa efavirenz, rifampicina, fenitoína, fenobarbital ou carbamazepina (se usa outros medicamentos verifique interação ↪ 189), ofereça ao invés **DIU de cobre** ou aumente dose de **levonorgestrel** para 3mg em dose única.
  - Se vomitar < 2 horas após tomada, repita dose e prescreva **metoclopramida** 10mg oral ou EV 30 minutos ou ofereça ao invés **DIU de cobre**.
- Se ≤ 72 horas desde estupro, ofereça encaminhamento para serviço de referência (faça contato prévio ↪ 189/carta de referência). Evite exame físico que comprometa coleta de evidência criminal.
  - Prescreva PEP para HIV ↪ 108
- Se > 72 horas desde estupro: siga procedimentos de proteção social (veja protocolos locais).
- Se ≤ 45 anos e não vacinado/vacinação incompleta para HPV, prescreva **vacina contra HPV** (3 doses: 0, 1-2 e 6 meses).
- Notifique e também avalie e aconselhe paciente como abaixo.

#### Aconselhe paciente em situação de violência

- Converse com paciente em local reservado. Registre claramente a história nas palavras do(a) paciente. Inclua a natureza da agressão e a identidade do autor da agressão.
- Ajude paciente identificar pessoas/recursos para apoio. Considere encaminhar para psicologia, serviço social, recurso de apoio ↪ 188.
- Incentive paciente a denunciar caso à polícia. Respeite decisão do(a) paciente se decidir não denunciar (veja protocolos locais).
- Oriente paciente a usar preservativos por 3 meses e, se amamentando, parar amamentação até resultados dos exames forem confirmados.

Reavalie paciente em 4 semanas, 3 e 6 meses. Monitore para assiduidade às consultas. Mantenha todas informações confidenciais.

# Pré-Natal na APS - prevenção de mortalidade por abortamento inseguro



## Pré-Natal na APS - prevenção de mortalidade por abortamento inseguro

### 2) gestação é desejada? **NÃO!!!**

Não

- Reafirme garantia do sigilo da consulta.
- Comunique-se de forma aberta e não julgadora/intimidadora.
- Oriente sobre alternativas, como possibilidade de adoção.
- Aconselhe paciente conversar com alguém de confiança.
- Considere discutir/encaminhar para assistente social/psicólogo.
- Se tristeza, estresse ou nervosismo ↪ 105.
- Acesse recurso de apoio para continuar avaliando e manejando a gestação indesejada (vide 'cartilha de acolhimento à gestação indesejada na APS') ↪ 189.

# Pré-Natal na APS

2) gestação é desejada? **SIM!!!**

... **Acolher a gestante e sua família**

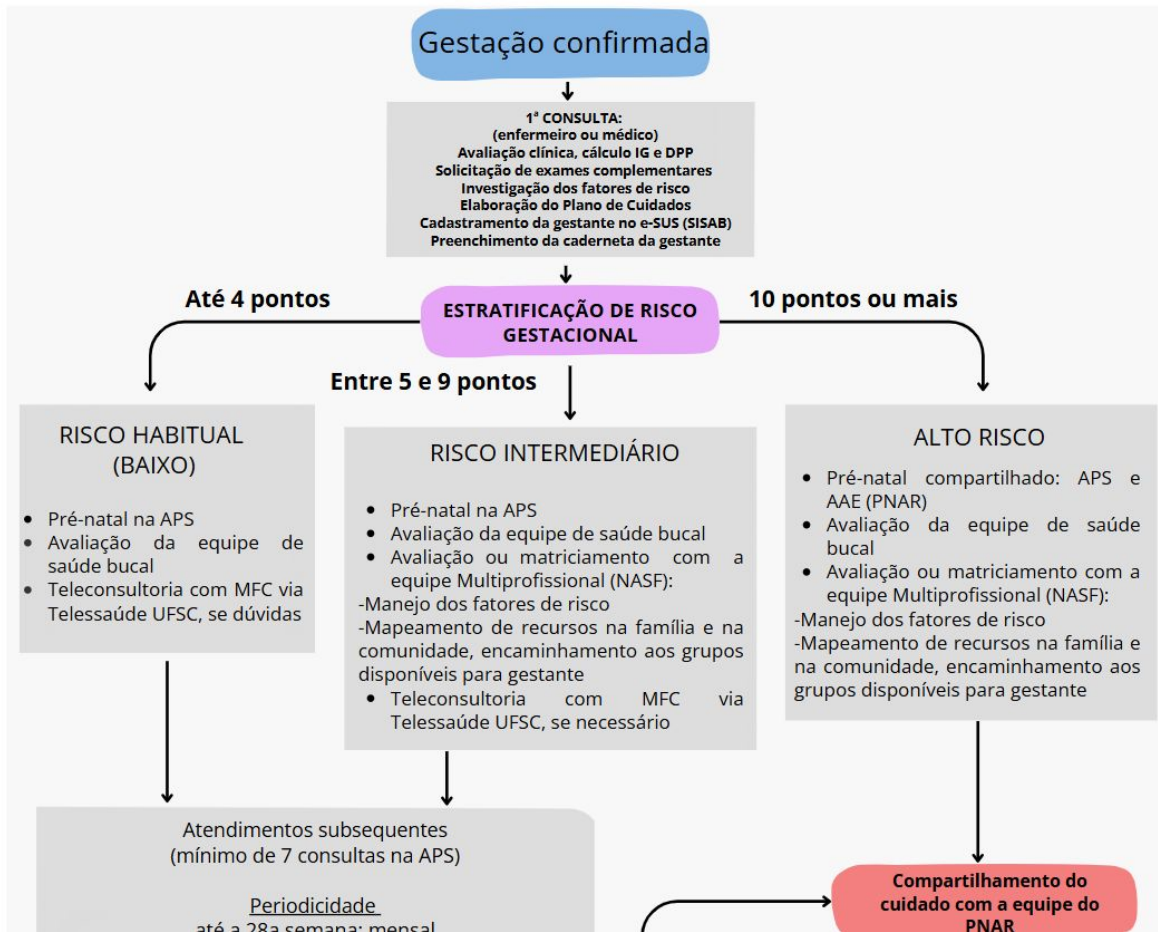
- Acessar **IDEIAS, PREOCUPAÇÕES, MEDOS E EXPECTATIVAS** relacionadas à gestação
- Entender sobre atual situação **PSICOSSOCIAL e OCUPACIONAL** da paciente
- Identificar situações de **VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA e FAMILIAR**
- Explicar importância do seguimento pré-natal, da amamentação e da vacinação para gestante e bebê
- Orientar a programação de consultas e do acompanhamento

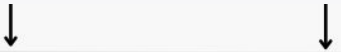
# Pré-Natal na APS

Acompanhamento longitudinal, vigilância contínua e encaminhamento aos demais níveis da **Rede Materno-Infantil de Santa Catarina**, quando indicado:

- 1) **Os serviços de urgência e emergência** (Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, Pronto Socorro das Maternidades, Hospitais Gerais) nas situações em que se identifica necessidade de atendimento imediato
- 2) **O AAE/PNAR** quando identificado um novo fator de risco ou doença que mude a estratificação de risco inicial;
- 3) **O Telessaúde-UFSC** como ferramenta de teleconsultoria para dúvidas clínicas eletivas.

# Fluxograma 1: seguimento de rotina Pré-natal de acordo com estratificação de risco gestacional





Atendimentos subsequentes  
(mínimo de 7 consultas na APS)

Periodicidade

até a 28a semana: mensal  
28a a 36a semana: quinzenal  
36a a 40a semana: semanal

- Alternar entre enfermeira/o e médica/o
- Avaliação clínica (anamneses e exame físico)
- Identificação de intercorrências clínicas e obstétricas
- Exames laboratoriais de rotina
- USG obstétrico entre 18a e 22a semanas
- Vacinação
- Prescrição de carbonato de cálcio, ácido fólico e sulfato ferroso
- Desprescrição ou substituição de medicamentos contraindicados na gestação
- Preenchimento do Cartão da Gestante a cada consulta
- Esclarecimento de dúvidas e orientações
- Vinculação e visita à Maternidade de referência para o parto
- Planejamento sexual reprodutivo
- Monitoramento do Planos de cuidados e autocuidado
- Elaboração do plano de parto
- Estratificação de risco evolutiva



Fator de risco identificado



Compartilhamento do  
cuidado com a equipe do  
PNAR



Atendimentos subsequentes na APS

Periodicidade

De acordo com o plano de cuidados compartilhado,  
intercalando consultas na UBS e no AAE (PNAR)

- Manter ações de rotina do pré-natal descritos para o risco habitual e intermediário
- Monitoramento dos marcadores clínicos e laboratoriais de estabilização
- Fortalecimento do apoio sócio familiar
- Maior vigilância para rápida identificação e intervenção ágil nas intercorrências clínicas e obstétricas
- Visitas domiciliares mais frequentes e vigilantes
- Vinculação à maternidade de alto risco de referência para o parto
- Identificação e garantia da Casa da Gestante antes do trabalho de parto, caso seja necessário

1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Hemograma	Hemograma	Hemograma
Tipagem Sanguínea (ABO e Rh)	Teste de tolerância à glicose com 75g, entre 24º e a 28ª semana	Glicemia de jejum
Eletroforese de hemoglobina	Coombs indireto (se gestante Rh -)	Parcial de Urina
Parcial de urina	Toxoplasmose IgG/IgM ( se negativo no 1º trimestre)	Urocultura com antibiograma
Urocultura com antibiograma	Ultrassonografia obstétrica morfológica (entre 20 e 24 semanas)	Teste rápido para sífilis e VDRL
Glicemia de jejum		Sorologia anti-HIV ou teste rápido para HIV
Coombs indireto (se gestante Rh -)		Sorologia para hepatite B (HbsAg) ou teste rápido
Toxoplasmose IgG/IgM		Cultura para pesquisa Streptococcus do grupo B, entre 35-37 semanas quando disponível
Sorologia anti-HIV ou teste rápido para HIV		Toxoplasmose IgG/ IgM (se negativo no 2º trimestre)
Teste rápido para sífilis e VDRL		
Sorologia (HbsAg) ou teste rápido hepatite B		
Sorologia anti-HCV ou teste rápido para Hepatite C		
Sorologia anti-HTLV 1 e HTLV 2		
TSH (para gestantes com fatores de risco *)		
PCR para clamídia e gonococo (para gestante ≤30 anos ou >30 anos com fatores de risco**)		
Ultrassonografia obstétrica (entre 11 e 13 semanas, se possível)		
Citopatológico de Colo Uterino (conforme calendário de rastreamento)		

# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

É definida a partir de fatores de risco agrupados em quatro categorias:

- a) **condições individuais, socioeconômicas e familiares;**
- b) **história reprodutiva anterior;**
- c) **condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual;**
- d) **condições clínicas prévias à gestação.**

# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

CONDIÇÕES INDIVIDUAIS, SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	
Idade menor que 15 anos	2
Idade maior que 40 anos	2
Mulher de raça negra (preta ou parda)	2
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)	2
Tabagista ativa	2
Indícios de sofrer de violência	2
Gestantes 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/m <sup>2</sup> )	4
Obesidade grau 3	10



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
Abortamento espontâneo de repetição (2 ou mais perdas precoces consecutivas)	2
Acretismo placentário	2
Restrição de crescimento fetal na gestação anterior	2
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	5
Parto pré-termo após 34 semanas de gestação	2
Parto pré-termo até 34 semanas de gestação	10
História prévia de doença hipertensiva da gestação com desfecho obstétrico ou perinatal ruim (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI)	10
Óbito fetal de causa não identificada	10
Incompetência istmo cervical	10
Psicose puerperal anterior	10
Descolamento prematuro de placenta	10
Histórico de cardiomiopatia periparto	10



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	
Doença hipertensiva da gestação / Pré-eclâmpsia	10
Diabetes gestacional com necessidade insulinoterapia	10
Infecção urinária de repetição (3 ou mais) ou pielonefrite	10
Cálculo renal com obstrução	10
Restrição do crescimento fetal	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia	10
Polidrâmnio / Oligodrâmnio	10
Suspeita de incompetência istmo cervical (colo curto em USG a partir de 18 semanas)	10
Placenta prévia com diagnóstico a partir de 14 semanas	10
Hepatopatias (exemplo: cirrose, hepatites agudas e crônicas, colestase e esteatose gravídica)	10
Anemia grave (Hb<8) ou refratária ao tratamento (após 30-60 dias com sulfato ferroso por via oral)	10
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo)	10
Câncer materno com diagnóstico durante gestação	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama ou MMG com BI-RADS 3 ou mais	10



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

## INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

Lesão de alto grau em colo uterino - NIC 2 ou 3 (encaminhar também a colposcopia para definir o tratamento)	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal	10
Gemelaridade	10
Doenças infecciosas agudas com potencial de transmissão fetal (sífilis terciária, sífilis resistente à penicilina, AIDS, HIV, tuberculose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hanseníase, dengue, Zika, Chikungunya )	10
Condiloma acuminado	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas	10
Hiperêmese gravídica refratária ao tratamento (perda de > 5% peso corporal)	10



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
Hipertensão arterial descompensada (encaminhar também a Cardiologia)	10
DM 1 ou DM2 descompensado (encaminhar também a Endocrinologia)	10
Tireoidopatias (hipotireoidismo e hipertireoidismo)	10
Doenças Psiquiátricas graves (psicose e depressão grave)	10
Doenças hematológicas (doença falciforme, PTI e PTT, talassemias, coagulopatias); antecedentes de: tromboembolismo, AVC, IAM, TEP e TVP; tratamento com anticoagulantes	10
Cardiopatias com repercussões hemodinâmicas	10
Pneumopatias graves (DPOC, asma, doenças intersticiais pulmonares, hipertensão pulmonar)	10
Doenças autoimunes (Colagenoses, Graves, Hashimoto, LES, SAF)	10
Uso de medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valproico)	10
Doença renal crônica TFG<60 ou terapia de substituição renal)	10
Hemopatias e anemia grave (Hb<8) ou refratária ao tratamento por 30-60 dias	10
Hepatopatias crônicas (hepatites virais, cirrose)	10
Transplantes	10
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses	10
Epilepsia	10



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO	
Anormalidades do trato genitourinário (malformações mullerianas, miomas sintomáticos, massas anexiais complexas após 18 semanas, histórico de ruptura uterina)	10
Histórico de conização ou traquelectomia	10
Infecção por HIV com má adesão ao tratamento e/ou CV detectável e/ou CD4<250 e/ou coinfeção	10



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

Quadro 2: Pontuação pela estratificação de risco e seguimento esperado da gestante

Pontuação dos fatores de risco	Estrato de risco	Pré-natal	Foco do cuidado
Até 4 pontos	Risco habitual (baixo)	Pela equipe da APS	<ul style="list-style-type: none"><li>● Bem-estar da gestante, do bebê e da sua família</li><li>● Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas</li><li>● Educação em saúde e fortalecimento da capacidade de autocuidado</li></ul>
Entre 5 e 9 pontos	Risco intermediário	Pela equipe da APS*	<ul style="list-style-type: none"><li>● Mitigação dos fatores de risco</li><li>● Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco</li><li>● Educação em saúde e fortalecimento da capacidade de autocuidado</li><li>● Fortalecimento do apoio sócio-familiar</li></ul>
10 pontos ou mais	Alto risco	Compartilhado entre equipe da APS e da AAE	<ul style="list-style-type: none"><li>● Estabilização clínica</li><li>● Vigilância para detecção precoce de agravos relacionados aos fatores de risco e morbidades</li><li>● Fortalecimento do apoio sócio-familiar</li><li>● Suporte direto à gestante e à sua família</li></ul>



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

Conteúdos descritivos mínimos gerais para ENCAMINHAMENTOS AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO E

## TELECONSULTORIA - [Protocolo Pré-Natal de Alto Risco](#)

- Paridade
- Data da última menstruação (DUM)
- Idade gestacional (IG)
- Data provável do parto (DPP)
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes clínicos
- História clínica atual e tratamentos já realizados até o momento
- Dados relevantes do exame físico (peso anterior à gestação, peso atual, índice de massa corpórea - IMC, pressão arterial, altura uterina, entre outros)
- Exames laboratoriais mais recentes e aqueles com alterações
- USG obstétrica
- Histórico de teleconsultorias já realizadas



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

Encaminhamentos incompletos podem impactar no agendamento das consultas no Pré Natal de Alto Risco

Exemplo 1:

Uma primigesta, primeiro trimestre, sem antecedentes clínicos com resultado de glicemia de jejum 92 *versus* uma primigesta, primeiro trimestre com diabetes insulino-dependente. Ambas são encaminhadas erroneamente como “DMG 10 pontos”, não sendo possível classificar o risco adequadamente. Note que a primeira sequer deve ser encaminhada antes de instituir medidas não farmacológicas na APS e que a segunda deve ser classificada como amarelo ou vermelho.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
<b>VERMELHO</b>	DM tipo 1; Egresso de internação por DM não compensada; Alterações no doppler fetal.
<b>AMARELO</b>	DM não compensada com repercussão fetal (peso fetal estimado > P90 ou circunferência abdominal fetal > P75); DMG ou DM tipo 2 em uso de insulina ou terapia hipoglicemiante oral.
<b>VERDE</b>	DMG não compensada com medidas não farmacológicas após 2 semanas de monitoramento; DM não especificada;
<b>AZUL</b>	Histórico de óbito intrauterino sem causa determinada.



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

Encaminhamentos incompletos podem impactar no agendamento das consultas no Pré Natal de Alto Risco

Exemplo 2:

Gestante, raça negra, primeiro trimestre, com HAS soma 12 pontos *versus* gestante, terceiro trimestre, com pré-eclâmpsia soma 10 pontos. Note que o segundo caso tem maior risco obstétrico que o primeiro, devendo ter prioridade em relação à esta para agendamento de consulta, porém pontua menos.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
<b>VERMELHO</b>	Egresso de internação por crise hipertensiva ou pré-eclâmpsia; Alterações doppler fetal.
<b>AMARELO</b>	HAS crônica ou gestacional não compensada com terapia farmacológica, acompanhado do registro de controle; HAS crônica ou gestacional com comorbidade importante e/ou comprometimento importante de órgão alvo; Pré-eclâmpsia leve a moderada; HAS crônica com pré-eclâmpsia sobreposta.
<b>VERDE</b>	HAS crônica ou gestacional compensada na gestação atual; HAS não especificado; Histórico de pré-eclâmpsia com resultado obstétrico ruim (descolamento prematuro da placenta, eclâmpsia, síndrome HELLP,



# Pré-Natal na APS - Estratificação de risco obstétrico

Encaminhamentos incompletos podem impactar no agendamento das consultas no Pré Natal de Alto Risco

Exemplo 3:

Gestante primeiro trimestre com IMC 30 e glicemia de jejum 92 soma 14 pontos *versus* gestante terceiro trimestre, com glicemia/TOTG e/ou controle severamente alterados, já em uso de medicação, soma 10 pontos.

Note que o segundo caso tem maior risco obstétrico que o primeiro, todavia pontua menos.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
<b>VERMELHO</b>	DM tipo 1; Egresso de internação por DM não compensada; Alterações no doppler fetal.
<b>AMARELO</b>	DM não compensada com repercussão fetal (peso fetal estimado > P90 ou circunferência abdominal fetal > P75); DMG ou DM tipo 2 em uso de insulina ou terapia hipoglicemiante oral.
<b>VERDE</b>	DMG não compensada com medidas não farmacológicas após 2 semanas de monitoramento; DM não especificada;
<b>AZUL</b>	Histórico de óbito intrauterino sem causa determinada.



# Pré-Natal na APS - checagem de SINAIS DE ALARME em TODAS AS CONSULTAS

- Hiperêmese gravídica (vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento oral ou com desidratação)
- Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação
- Anemia grave (Hb<6,0g/dL) ou sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão)
- Sinais de insuficiência respiratória aguda (dispneia ou falta de ar, cianose, SaO2 ≤ 90% ou FR ≥ 30)
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão
- Crise hipertensiva (PA≥160/110mmHg) ou hipotensão arterial (
- Sinais premonitórios de eclampsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria)
- Eclampsia/convulsões
- Hipertermia (temperatura axilar ≥ 38°C), na ausência de sinais ou sintomas de infecção das vias aéreas superiores
- Infecção por sífilis em gestante com alergia à Penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de Neurosífilis
- Suspeita de trombose venosa profunda (dor intensa em membro inferior associado a vermelhidão e edema localizados)
- Dor abdominal intensa / suspeita de abdome agudo
- Suspeita ou diagnóstico de pielonefrite (dor no flanco e sintomas urinários)
- Suspeita de infecção ovular ou corioamnionite (temperatura ≥ 38°C com dor abdominal ou corrimento/líquido vaginal fétido)
- Prurido gestacional/icterícia
- Polidrâmnio grave ou sintomático
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta e placenta prévia)
- Ruptura prematura de membranas (perda súbita/jorro de líquido vaginal claro ou transparente sem contrações e com < 37 semanas)
- Trabalho de parto prematuro (contrações dolorosas com < 37 semanas)
- Gestação a partir de 41 semanas

## Como fazer?

### De perguntas abertas a perguntas fechadas...

- 1) Você teve alguma situação difícil ou complicada desde o último atendimento?
- 1) Preciso passar por atendimento em algum Pronto Socorro ou Pronto atendimento nas últimas semanas?
- 1) Você teve ou vem tendo algum sintoma que tem lhe preocupado?
- 1) Você teve algum sintoma destes: febre, sangramento genital, perda de líquido vaginal, corrimento ou dor/ardência para urinar?

# Pré-Natal na APS - checagem de SINAIS DE ALARME em TODAS AS CONSULTAS

- Hiperêmese gravídica (vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento oral ou com desidratação)
- Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação
- Anemia grave (Hb<6,0g/dL) ou sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão)
- Sinais de insuficiência respiratória aguda (dispneia ou falta de ar, cianose, SaO2 ≤ 90% ou FR ≥ 30)
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão
- Crise hipertensiva (PA≥160/110mmHg) ou hipotensão arterial (
- Sinais premonitórios de eclampsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria)
- Eclampsia/convulsões
- Hipertermia (temperatura axilar ≥ 38°C), na ausência de sinais ou sintomas de infecção das vias aéreas superiores
- Infecção por sífilis em gestante com alergia à Penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de Neurosífilis
- Suspeita de trombose venosa profunda (dor intensa em membro inferior associado a vermelhidão e edema localizados)
- Dor abdominal intensa / suspeita de abdome agudo
- Suspeita ou diagnóstico de pielonefrite (dor no flanco e sintomas urinários)
- Suspeita de infecção ovular ou corioamnionite (temperatura ≥ 38°C com dor abdominal ou corrimento/líquido vaginal fétido)
- Prurido gestacional/icterícia
- Polidrâmnio grave ou sintomático
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta e placenta prévia)
- Ruptura prematura de membranas (perda súbita/jorro de líquido vaginal claro ou transparente sem contrações e com < 37 semanas)
- Trabalho de parto prematuro (contrações dolorosas com < 37 semanas)
- Gestação a partir de 41 semanas

Como fazer?

Avaliação clínica por exame físico! **SEMPRE!!!**

- **Sinais vitais:** pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio
- **Antropometria:** peso, altura
- **Avaliação obstétrica:** inspeção e palpação abdominal, altura uterina, movimentação fetal, batimentos cardíacos (a partir de 12 semanas)
- **Avaliação direcionada para as queixas/comorbidades:** sistema cardio respiratório, abdominal, mamas, genito urinário, extremidades, pele, sistema nervoso, etc

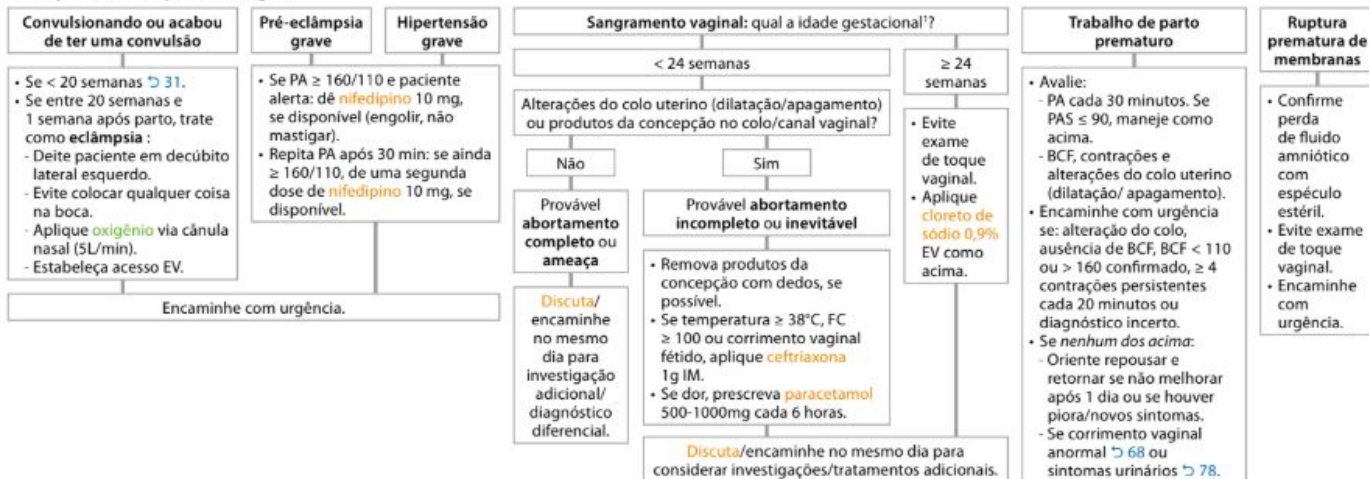
# Pré-Natal na APS - checagem de sinais de alarme em TODAS AS CONSULTAS

## Atenda com urgência paciente gestante com um ou mais dos seguintes:

- Convulsionando ou acabou de ter uma convulsão
- Se PA  $\geq 160/110$ : provável **pré-eclâmpsia grave** ou **hipertensão grave**
- Se PA  $\geq 140/90$  com dor de cabeça, visão borrada/escotomas, dor abdominal: provável **pré-eclâmpsia grave**
- Se temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$  com dor abdominal ou corrimento/liquido vaginal fétido: provável **corioamnionite**
- Se dor no flanco/PPL + com sintomas urinários: provável **pielonefrite complicada**
- Falta de ar ou FR  $\geq 30$  ou SaO<sub>2</sub>  $\leq 90\%$
- Panturrilha dolorida e inchada
- Sangramento vaginal
- Movimentos fetais diminuídos/ausentes  $\hookrightarrow$  169
- Se contrações dolorosas com  $< 37$  semanas: provável **trabalho de parto prematuro**
- Se perda súbita/jorro de liquido vaginal claro ou transparente sem contrações e com  $< 37$  semanas: provável **ruptura prematura de membranas**

### Maneje:

- Se falta de ar ou SaO<sub>2</sub>  $\leq 90\%$  ou FR  $\geq 30$ : encaminhe com urgência e aplique **oxigênio** via cânula nasal (1-6L/min) para meta 92-95%.
  - Se 6L/min e fora do alvo/sem melhora da falta de ar, use máscara com reservatório e aumente até 15L/min.
- Se PAS  $< 90$ : encaminhe com urgência e aplique **cloro de sódio 0,9%** 500mL EV rápido, repita até PAS  $> 90$ . Pare se falta de ar ou novas crepitações pulmonares.
- Se provável **corioamnionite** ou **pielonefrite complicada**: encaminhe com urgência e aplique **ceftriaxona** 1g IM.
- Se panturrilha dolorida e inchada: **discuta** e encaminhe no mesmo dia.
- Maneje outras condições como segue:



# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação

No Brasil, a hipertensão foi a principal causa de óbito materno obstétrico direto no período de 2009 a 2020, correspondendo a 30,4% desses óbitos em 2020 (Brasil, 2022a)



# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação

Definição: pressão arterial sistólica  $\geq 140$ mmHg e/ou pressão arterial diastólica  $\geq 90$ mmHg, em pelo menos duas aferições, após intervalo de repouso de 15 minutos. Pressão arterial sistólica  $\geq 160$ mmHg e/ou pressão arterial diastólica  $\geq 110$ mmHg configuram hipertensão grave.

**1) HAS crônica:** hipertensão arterial com manifestação prévia à gravidez ou identificada antes de 20 semanas de gestação.

**2) Hipertensão gestacional:** hipertensão arterial após a 20<sup>a</sup> semana de gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo.

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação

### 3) Pré-eclâmpsia:

- PAS  $\geq$  140 mmHg ou  $\geq$  PAD 90 mmHg, aferida em duas ocasiões com intervalo mínimo de 4 horas, identificada após 20 semanas de gestação em mulheres com PA previamente normal.
- Se PAS  $\geq$  160 mmHg ou PAD  $\geq$  110 mmHg, a elevação pode ser confirmada em alguns minutos, facilitando o início do tratamento.

**E**

- Proteinúria, definida como:

- $\geq$  300 mg em urina de 24 horas; ou
- Relação proteína/creatinina em amostra de urina  $\geq$  0,3 mg/dL; ou
- Exame de urina com 1+ de proteína (usado apenas na ausência de métodos quantitativos).

**OU**

- Desenvolvimento após 20 semanas de um dos seguintes achados:

- Trombocitopenia (plaquetas  $<$  100.000/microlitro).
- IR (creatinina  $>$  1,1 mg/dL, ou dobrar de valor em relação ao basal, na ausência de doença renal conhecida).
- Piora da função hepática (elevação de transaminases hepáticas acima do dobro do limite da normalidade).
- Edema pulmonar.
- Sintomas cerebrais ou visuais (cefaleia intensa, persistente ou refratária ao tratamento, alteração do estado mental, escotomas, fotopsia, visão borrada, amaurose).

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação

**4) Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica:** Quando, após 20 semanas de gestação, ocorre uma piora do quadro hipertensivo em gestantes com HAC, associado a algum critério diagnóstico de pré-eclâmpsia.

**5) Eclâmpsia:** crises convulsivas associadas à pré-eclâmpsia.

**6) Síndrome HELLP:** síndrome caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação

Ações na APS frente às gestantes com hipertensão:

- Maior vigilância > sinais e sintomas clínicos / exames laboratoriais - monitoramento de lesões em órgãos-alvo
- Avaliação regular da pressão arterial (usando a técnica correta) - 1 vez por semana
- Estimular redução no peso, prática de atividade física (centrado na pessoa)
- Tratamento medicamentoso visando meta de PA entre 120x80mmHg e 140x90mmHg
- Referenciamento ao pré-natal de alto risco
- Acompanhamento próximo até indicação de parto
- Seguimento pós-parto

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Fatores de risco da PRÉ ECLÂMPSIA (PE)

### RISCO MODERADO: 2 OU MAIS DA LISTA ABAIXO

- nuliparidade
- HF de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs)
- Idade maior ou igual 35 anos
- gravidez prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, parto prematuro)
- intervalo > 10 anos desde a última gestação
- condições socio-econômicas desfavoráveis e/ou raça/cor preta ou parda

Fonte: RBEHG, 2023

### RISCO ALTO: PELO MENOS 1 DA LISTA ABAIXO

- História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos.
- Gestação múltipla.
- Obesidade (IMC > 30).
- Hipertensão arterial crônica.
- Diabetes tipo 1 ou 2.
- Doença renal.
- Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide).
- Gestação decorrente de reprodução assistida.

## Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

### Síndromes Hipertensivas na gestação

Como ações para **reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal** por pré-eclâmpsia, deve-se identificar as **gestantes de risco** para desenvolver a doença, para as quais se deve **orientar a prática de atividade física** (se não houver contra-indicação), **prescrever AAS e suplementar cálcio**. (Fonte: Peraçoll et al, 2022)

**Estas medidas podem reduzir de 10% a 60% as chances de desenvolvimento de PE.**

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação - prevenção de pré-eclâmpsia

### Ácido Acetilsalicílico (AAS)

#### Indicação

Gestante com risco de manifestar pré-eclâmpsia:

- a) que possuam um fator de alto risco;
- b) que possuam dois ou mais fatores de alto risco moderado.

#### Prescrição

O AAS geralmente é **prescrito após a 12ª semana** (preferencialmente, antes da 16ª semana, podendo ser iniciado até a 20ª semana) interrompendo-se o seu uso com 36 semanas.

#### Administração

Deve ser administrado na dose de 100 mg/dia/a noite

#### Recomendação

Recomenda-se à suspensão do AAS se houver confirmação diagnóstica de pré-eclâmpsia.

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação - prevenção de pré-eclâmpsia

### **Cálcio (CA)**

#### Prescrição

Deve ser prescrito para TODAS as gestantes (independente dos fatores de risco para pré eclâmpsia) a partir da 12a semana de gestação até o momento do parto

#### Absorção

Todas as apresentações de cálcio são mais bem absorvidas quando ingeridas em pequenas doses (500mg) e, principalmente, às refeições. O Citrato de cálcio diferencia-se neste aspecto, pois não sofre grandes interferência se ingerido fora da alimentação.

#### Administração

Deve ser administrado fracionado em 2 vezes, preferencialmente às refeições se usado o carbonato de cálcio. Não administrar concomitante ao uso do ferro.

#### Recomendação

Recomenda-se suspender o cálcio se houver confirmação diagnóstica da PE

\* [NOTA TÉCNICA CONJUNTA n.º 02/2025 DAPS/GAPPS/DIAF/GETAF](#)



# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Síndromes Hipertensivas na gestação - tratamento medicamentoso

Quadro 2: Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação

Classe	Agente	Posologia
Primeira escolha: Simpatolíticos de ação central, $\alpha_2$ -agonistas	Metildopa: (250-500 mg)	750-2.000 mg/dia 2 a 4x/dia
Segunda escolha: 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
$\beta$ -bloqueadores*	Metoprolol (25-50-100 mg)	100-200mg/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.

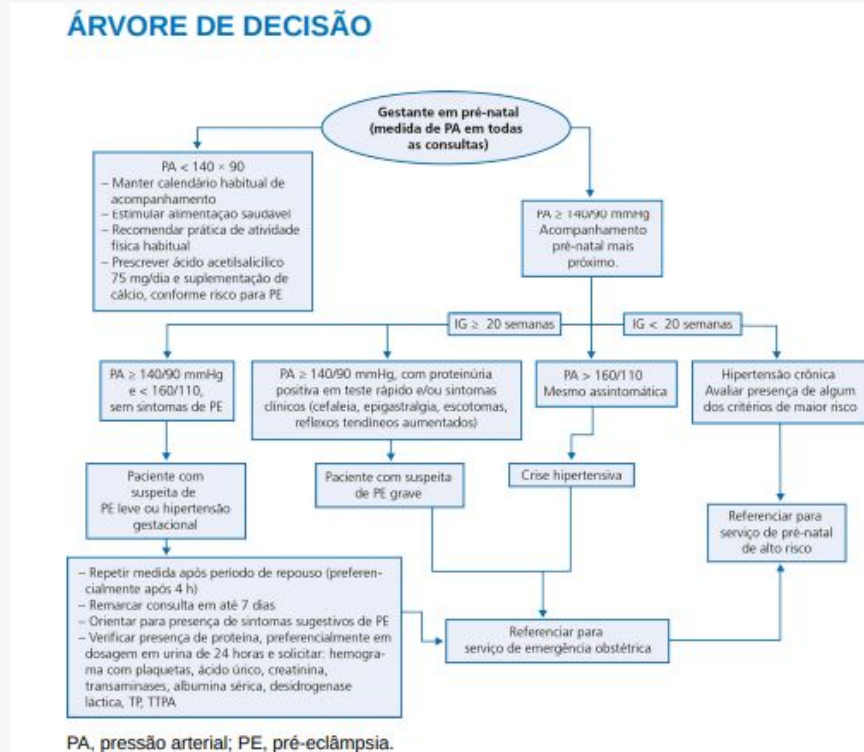
\*Recomendamos essas medicações como terceira droga para associação de medicamentos para controle pressórico ou no caso de impossibilidade de uso das drogas de primeira escolha.

Quadro 3: Agentes recomendados para o tratamento da crise ou emergência hipertensiva em gestantes

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

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

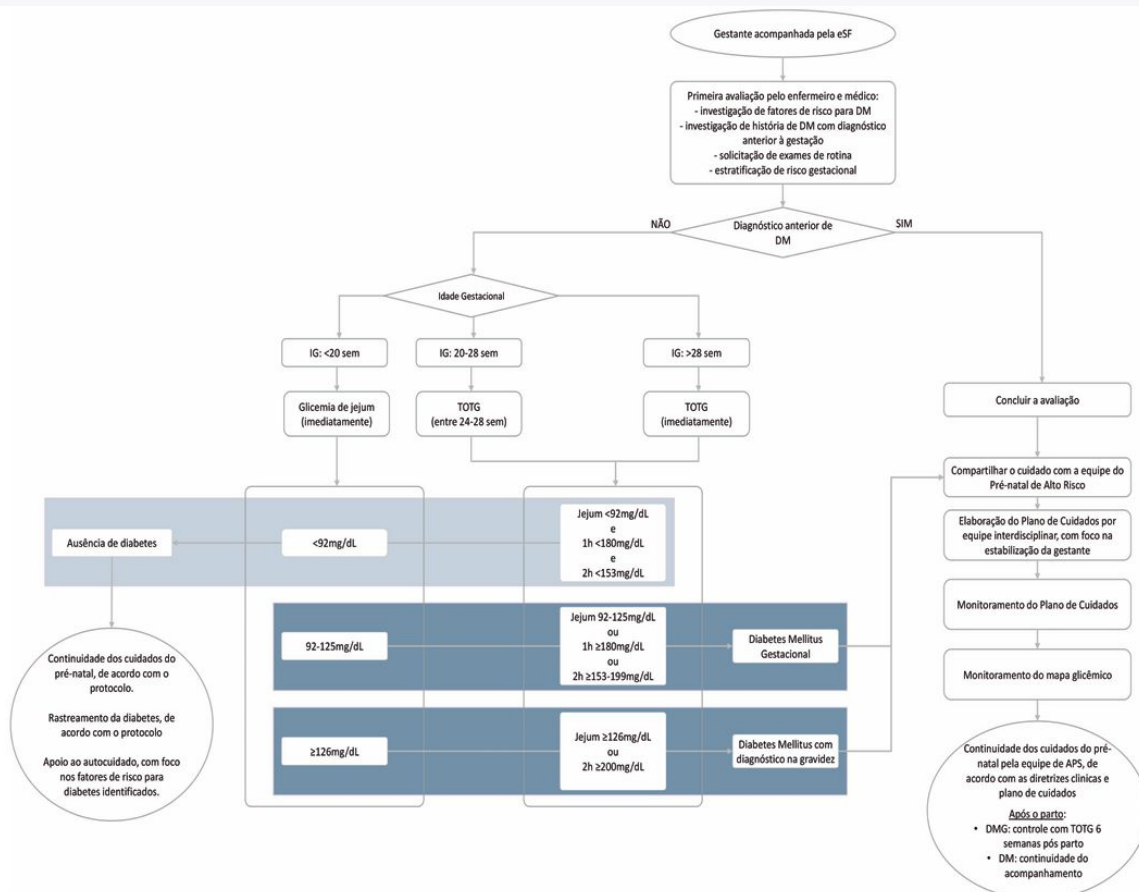
## Síndromes Hipertensivas na gestação



Fonte: Tratado de Medicina de Família e Comunidade

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Diabetes Mellitus na gestação

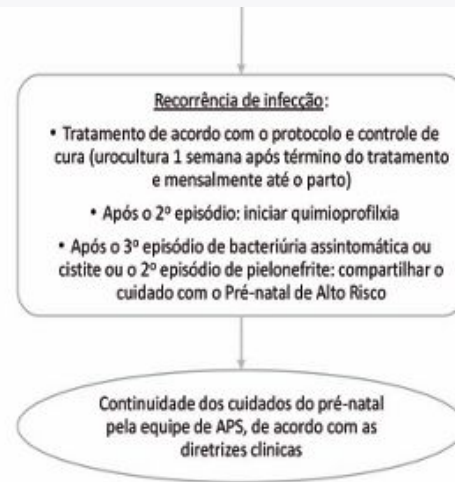
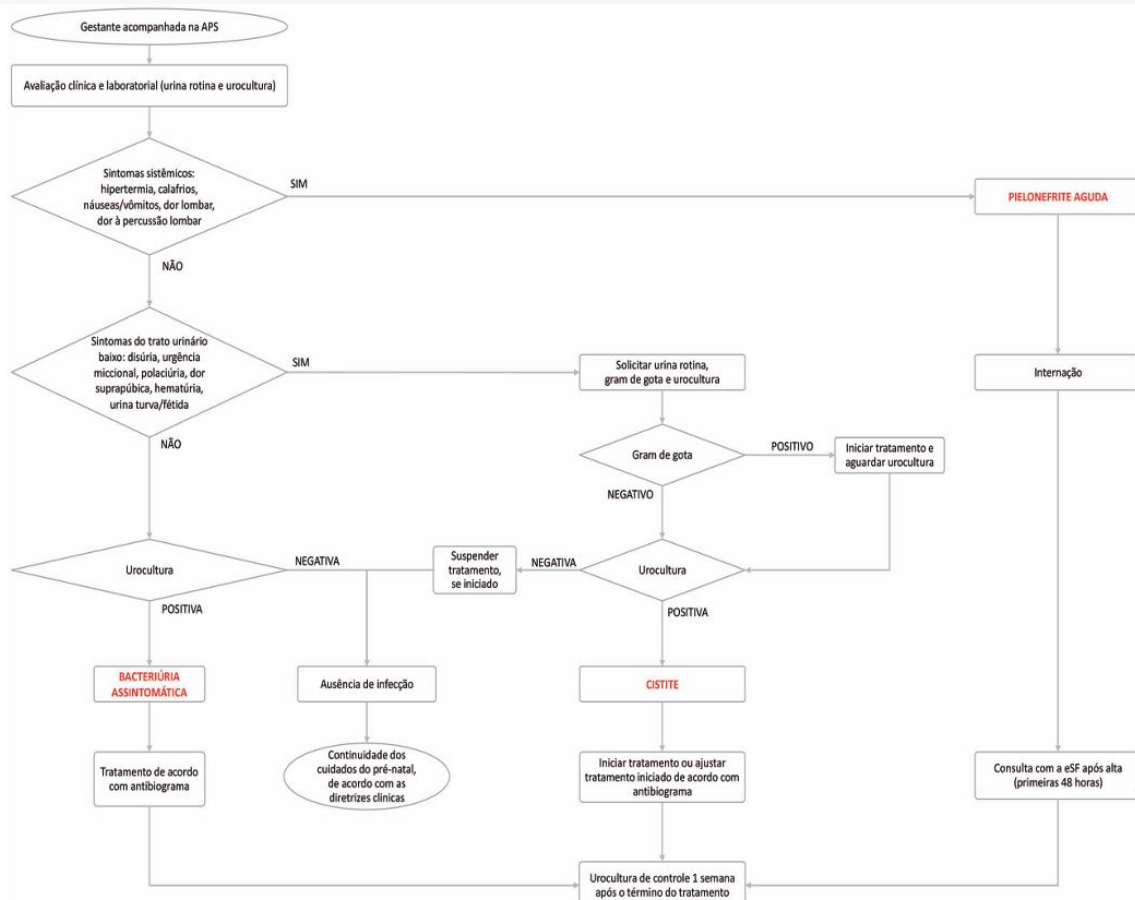


### Diabetes Mellitus na gestação - tratamento

- Controle alimentar, baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável
- Exercícios físicos
- Algumas mulheres, entre 10% e 20%, necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária, caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG.
- Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.
- O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.
- Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa, com uso de fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado – método ideal de controle

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Infecção Urinária na gestação



### Infecção Urinária na gestação - tratamento medicamentoso

Opções de antibióticos:

1º trimestre

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação)
- Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

2º trimestre

- Sulfametoxazol + Trimetoprima 800+160mg - 1 comprimido a cada 12 horas por 5-7 dias; na pielonefrite 14 dias.

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Cuidados no Puerpério

- Visita domiciliar até o 7º dia (ACS com ou sem equipe)
- Consultas no puerpério:

Primeira consulta: até o 7º dia pós-parto (enfermeira/o ou médica/o)

Segunda consulta: entre o 30º e 40º dias pós-parto (médica/o)

- Vacinação
- Atenção para as complicações pós parto (educação em saúde durante o pré-natal e vigilância ativa no puerpério)
- Atenção integral à saúde da mãe (saúde mental, condições clínicas comuns do puerpério, tratamento das comorbidades clínicas, acolhimento às dúvidas e dificuldades com maternidade, acessar apoio sócio-familiar)
- Puericultura de rotina e atenção para situações de doenças agudas do recém nascido, especial atenção até os 2 meses de vida

# Pré-Natal na APS - condições clínicas de seguimento na APS

## Cuidados no Puerpério

### Alertas vermelhos no puerpério - ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO NA EMERGÊNCIA

- Pré-eclâmpsia - aumento persistente da pressão (>4h) ou acompanhado de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia
- Hemorragia pós parto - perda sanguínea súbita e profusa ou persistentemente aumentada, acompanhado ou não de sinais e sintomas)
- Tromboembolia (TVP ou TEP) - dor unilateral na panturrilha, hiperemia ou edema; dispneia ou dor no peito
- Sepsis - Febre persistente (duas medidas com 4-6h de intervalo) ou acompanhada de calafrios, dor abdominal, subinvolução uterina e/ou importante perda sanguínea vaginal

## Pré-Natal na APS - Ações práticas para redução da mortalidade

**Passo 1:** garantir **acesso** e encontros de qualidade, **centrados nas necessidades de cada pessoa**, durante todos os contatos com os serviços de saúde

- > informações de hábitos saudáveis
- > preparo para o parto
- > direitos reprodutivos
- > planejamento reprodutivo
- > rede de apoio e preparo para o puerpério
- > elaboração conjunta do Plano de Cuidados
- > identifique fatores de risco para sd. hipertensivas, hemorragias, diabetes e outras condições clínicas
- > garanta encaminhamento oportuno e ADEQUADAMENTE referenciado
- > vacinação

## Pré-Natal na APS - Ações práticas para redução da mortalidade

**Passo 2:** Institua **ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas** durante o pré-natal

- **uso universal do carbonato de cálcio** a partir da 12 semana - **Novidade!**

- **profilaxia com AAS a partir de 12 semanas** (preferencialmente antes da 16 semana, ou até a 20 semana) para aquelas com maior risco de pré eclâmpsia\*

- atenção para sinais e sintomas de pré eclâmpsia

> ganho de peso excessivo (>1Kg/semana) e repentino

> edema (especialmente no rosto e nas mãos)

> PA maior ou igual a 140x90

> orientar sobre sintomas a ficar atentas: cefaleia, epigastralgia e escotomas

> checar valores de proteinúria naquelas com sintomas ou fatores de risco: > 300mg em 24h; relação prot/creat > 0,3 em amostra isolada; >100mg/dL ou maior ou igual a 2+ em fita urinária)

## Pré-Natal na APS - Ações práticas para redução da mortalidade

**Passo 3:** Ofereça **treinamento das equipes** de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.

**Passo 4:** Garanta o **reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação**

- sinais de iminência de eclâmpsia: hipertensão e sintomas como cefaleia nucal, dispneia, epigastralgia, escotomas ou crise hipertensiva (PA maior e/ou igual 160x110 independentemente de sintomas).

**Passo 5:** Garanta **vigilância e assistência permanente no puerpério**

- Continuidade do tratamento de patologias identificadas durante a gestação  
- Ofereça método contraceptivo eficaz de acordo com as necessidades de planejamento reprodutivo da puérpera

# Pré-Natal na APS

## Na dúvida, BUSQUE AJUDA, BUSQUE INFORMAÇÃO!!!





# Obrigado!

Contato: [daps.saudedamulher@saude.sc.gov.br](mailto:daps.saudedamulher@saude.sc.gov.br)



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE



# Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: [Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres](#). Acesso em: 14 abril 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [Manual de gestão de alto risco](#). Acesso em: 05 fev. 2024.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C.; organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: [As redes de atenção à saúde](#). Acesso em: 14 de abr. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e gestão. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado Materno Infantil. 2019**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado/materno-infantil>. Acesso em: 14 abril 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha de cuidado materno e infantil**. 2025. Disponível em: [Linha de cuidado materno e infantil](#). Acesso em: 14 de abril de 2025

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. NOTA DE RECOMENDAÇÃO N° 001/2025 CEPOMIF/SC. Disponível em: [NOTA DE RECOMENDAÇÃO N° 001/2025 CEPOMIF/SC](#). Acesso em: 14 de abril de 2025

SISTEMA DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA (SADEC). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira.[s.d]. Disponível em: [SADEC - Pré-natal: Acolhimento pré-natal](#). Acesso em: 14 de abril de 2025

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para Organização da rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE](#) Acesso em 14 de abr. 2025.

FLUXOGRAMA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA PARA INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO. [FLUXOGRAMA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA PARA INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO - Portal SES/SC](#)