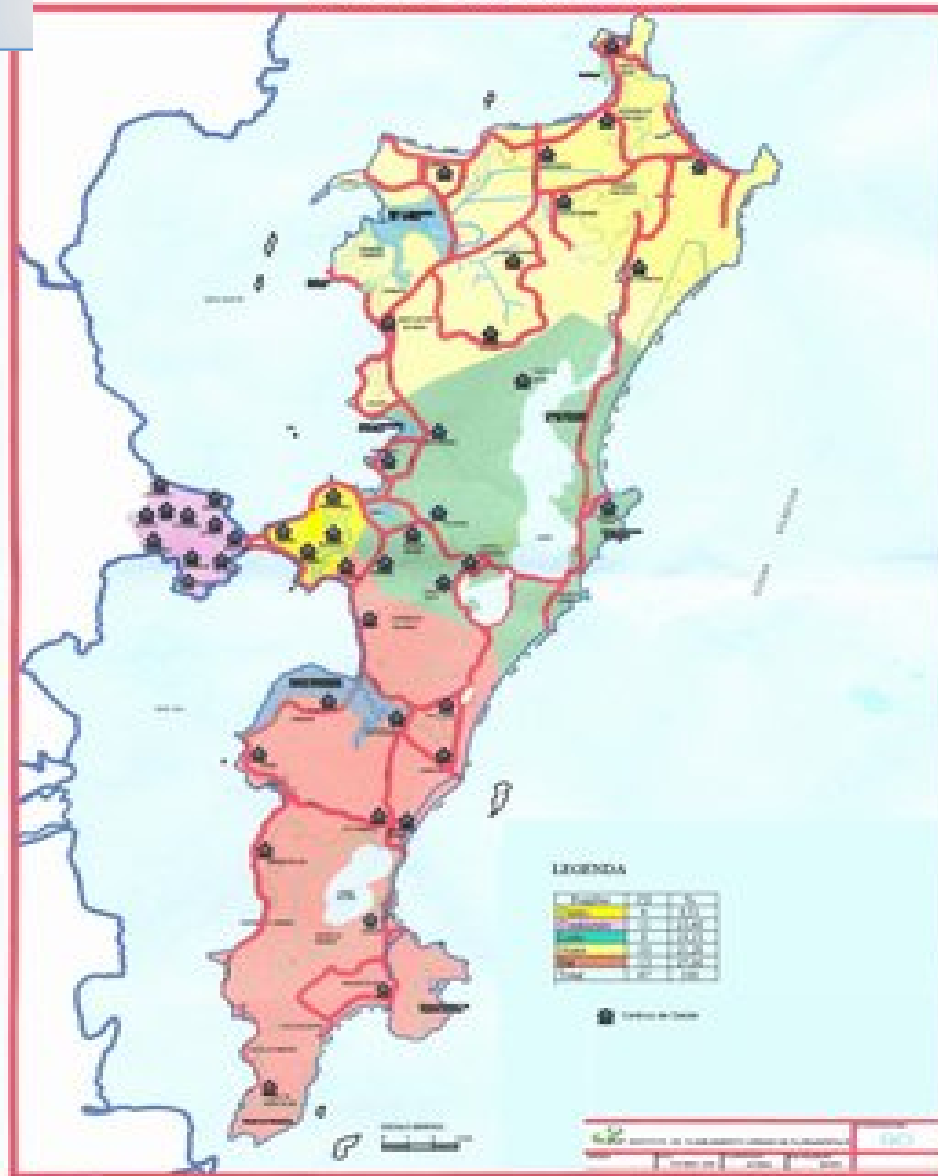


Capacitação dos Profissionais de saúde acerca da Terapêutica Medicamentosa

Secretaria Municipal de Saúde

M^a Salete Medeiros Vieira . HU/UFSC

PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAÚDE DA FAMÍLIA



VO

- + Revisão e validação dos protocolos clínico-terapêuticos da SMS e capacitação dos profissionais para manuseio - prescrição e dispensação dos mesmos.



Recomendações

- + A mulher deve ser vista como um ser único, complexo, com sentimentos e autonomia.
- + Os profissionais da saúde devem informar, discutir e dividir com a mulher as decisões e responsabilidades sobre toda conduta e procedimento que se fizer necessário.
- + Os profissionais de saúde devem equilibrar o uso da tecnologia e assimilarem as práticas que levem à humanização da atenção e à prevenção.

Recomendações

- ✚ A visão ampla e crítica dos gestores e profissionais, para desenvolverem estratégias que melhorem a assistência obstétrica, faz-se necessária a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura.
- ✚ A avaliação da assistência à gestação deverá usar, além de indicadores de mortalidade materna e perinatal, indicadores de satisfação das gestantes.

ínico

FM de C.A.S.S. , **mãe 17 anos**, escolaridade 4 a 7 anos, faxineira.

Gesta = 1 Para = 0 Aborto 0. Pai 27 anos, desempregado (presidiário). Moram em casa própria, água da rede pública e esgoto sanitário, renda familiar de até 1 salário, moram 06 pessoas na casa (mãe, padrasto, 2 irmãos e 1 sobrinho).

Gravidez não planejada, realizou pré-natal na ULS X, referiu acesso facilitado(uma semana), primeira consulta com 18 sem. e 6 d., totalizando 03 consultas. Durante a gestação apresentou Gardnerella, utilizou metronidazol geleia.

Dados do Cartão Pr é-natal:

14/11/2008 . IG 18 sem e 6 d. - Peso 64,9 - PA
12/80mmhg.

17/11/2008 . Anti-HIV - NR

15/12/2008 . IG 23 sem e 2 d. . Peso 67,6 . PA 11/60
. AU 24 . BCF 130 . Em uso de metronidazol
geléia.

15/01/2009 . **Faltou consulta**

21/01/2009 . Paciente traz USG com laudo de
dilatação de alças intestinais com n íveis líquidos do
feto, encaminhado para avaliação pelo obstetra do
Regional, a mesma fez contra -referência solicitando
USG morfológico para avaliar obstrução intestinal.

17/02/2009 . **Faltou na consulta da policlínica.**

- “ Solicitado pelo CS exames de rotina pré-natal, que paciente não realizou.
- “ Mãe mora em situação precária, a gravidez não foi planejada. Após identificar problema com RN, foi agendada a consulta marcada com o especialista.
- “ Procurou a maternidade por dor pélvica, perda de líquido (pouca quantidade) transportada para maternidade em carro próprio, levando 15 minutos para chegar, e 30 a 120 min., para ser atendida.

O CASO:

Paciente interna no **Hospital no dia 15/02/2009**, IG de 32 sem. e 1 d. (DUM), 32 sem. e 2 d.(USG), apresentando dor pélvica e perda líquida. Dados da Admissão:

PA 14/7, dilatação do colo 2 cm , membrana amniótica íntegra, apresentação cefálica. VDRL (NR), Tip. Sang. B+. USG = feto único, cefálico, sem BCF, colo dilatado 2 cm. Gestante apresentou perda de sangue pequena quantidade.

17h40 - iniciou ocitocina 30 ml/h.

18h10 - PA 12/7, Pulso 72.

21h50 Provocado rotura de membrana . Parto Vaginal, sem episio ou laceração, dequitação completa, feto morto, sexo feminino.

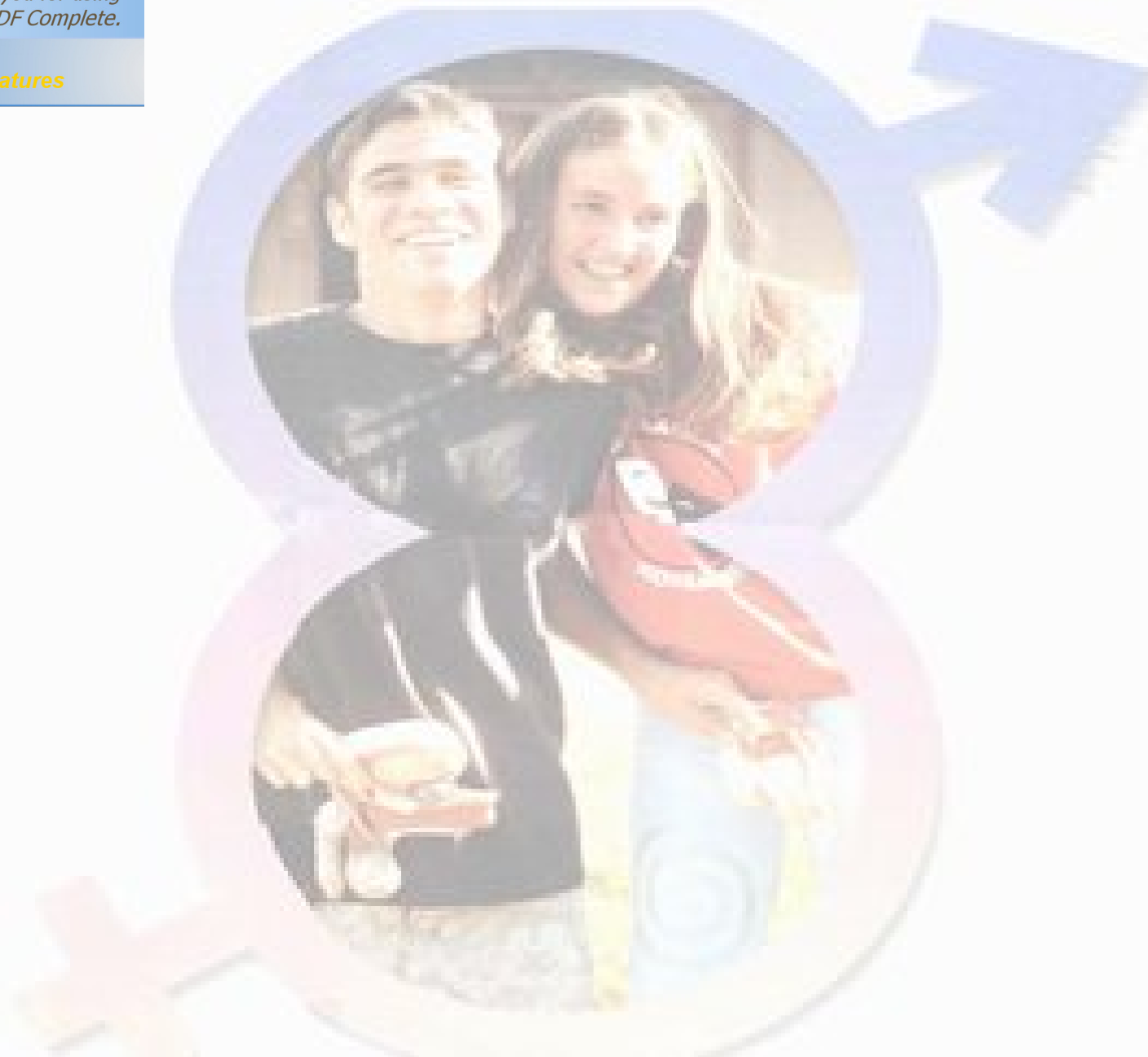
GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B.** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C.** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D.** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



amento familiar - Anticoncepção

A escolha do método contraceptivo depende da:

- Eficácia,
- conveniência,
- tempo de ação,
- reversibilidade e tempo de retorno a fertilidade,
- tipo de sangramento uterino,
- frequência e tipo de efeitos colaterais,
- presença de comorbidades (HAS, DM, doença hepática, Tromboembolismo, etc.
- fumo,
- custos,
- proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.

Contraceptivos Hormonais

“ **Anticoncepcionais Hormonais Orais (ACHO)**

combinados - estrógenos e progestagênicos,
monofásicos, orais ou injetáveis mensais

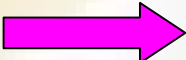
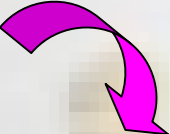
(bifásicos e trifásicos = 2 ou 3 combinações de doses
diferentes ao longo da cartela).

“ pílulas vaginais - levonorgestrel 0,25 mg; etinilestradiol
0,05 mg,

“ anel vaginal - 2,7mg de etinilestradiol (EE) e 11,7mg de
etonogestrel (ENG) /15mcg de EE e 120mcg de ENG por
dia,

“ adesivo cutâneo - etinilestradiol (EE) 0,60mg e
norelgestromina (NGMN) 6,00mg.

Concepcionais Hormonais Orais (ACHO) Atualizados

- As doses de estrógeno tem sido reduzidas $m30 \mu\text{g}$ - diminuir os efeitos colaterais e as complicações cardiovasculares.
- Os progestágenos podem dividir-se em primeira, **segunda e terceira** geração = levonorgestrel (LNG), gestodene(GSN) e desogestrel (DSG) 
semelhança entre as diferentes progesteronas quanto ao controle de ciclo e aceitabilidade das pacientes.
Não há diferenças significantes entre as preparações bifásicas e as monofásicas. 
- A escolha da progesterona pode ser mais importante do que o regime de fases na determinação de padrões de sangramento.

Concepcionais só com progestagênios

Ex. Noretisterona 0,35mg comprimido - Mini-pílula
*desogestrel 75mg

- ❖ opções para lactantes, não lactantes, uso oral, injetável trimestral - acetato Medroxiprogesterona 150mg/mL injetável ampola 1ml e implantes.
- ❖ usados nas pacientes com contra -indicações ao uso de estrogênio = as lactantes, fumantes, pacientes com cefaléia, HAS, coagulopatias, colecistopatias, entre outros.

especial Injetável (ACHI):

➤ Acetato de Medroxiprogesterona 150mg trimestral . a cada 90 dias; efetividade de 99,7%

➤ Enantato de noretindrona 50mg + Valerato de estradiol 5mg mensal, aplicar no primeiro dia do ciclo menstrual, repetir a cada 30 dias;

➤ Acetofenido de algestona 150mg + enantato de estradiol 10mg: mensal, aplicar do 7^o ao 10^o dia (no oitavo dia) do ciclo menstrual.

❑ método altamente eficaz e reversíveis

❑ limitação - forma de administração . injetável e do tipo de hemorragia que determina.

❑ Só c/ prostágeno - taxas maiores de amenorréia e sangramentos irregulares.

✦ ACHO oral de emergência

pílula pós-coito = 1,5 mg de levonorgestrel dose única (ou duas de 0,75 mg com intervalo de 12 horas).

Eficácia: 75 a 80%, inversamente proporcional à demora no uso do método.

Métodos Contraceptivos

Métodos comportamentais:

- Calendário/ tabelinha (identifica o período fértil);
- Muco cervical/ billings (identifica o muco ovulatório)
- Temperatura corporal basal (a temperatura da mulher sobe 0,2 - 0,5 graus no período pós-ovulatório)
- Sinto-térmico (os 3 métodos anteriores simultaneamente)

Condom masculino : feito de látex, com ou sem lubrificante e/ou espermaticidas.

Condom feminino: feito de plástico, adaptável a vulva e ao colo/fundo vaginal.

Diafragma: capuz côncavo de látex com bordo flexível, que cobre o colo do útero, bloqueando a entrada dos espermatozoides (usado em conjunto com gel espermaticida).

Método de lactação e amenorréia (LAM) - em geral até 6 meses pos-parto, com amamentação exclusiva.

O DIU - Podem ser de dois tipos: com **cobre(T380)** ou **hormônio(SIU de levonorgestrel)***. Método seguro e efetivo. Contracepção de longa duração e reversível.
. *Efetividade próxima dos métodos definitivos.

Definitivos ou permanentes

1. **Laqueadura Tub ária**
2. **Vasectomia**

A equipe de sa úde deve orientar o(a) paciente sobre estes método. Em caso de d úvidas consulte a Lei do Planejamento Familiar N º. 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

Opção por método definitivo . melhor escolha = vasectomia, apresenta ef etividade semelhante a laqueadura tub ária e morbidade e custos menores.

Medicamentosa com opções Hormonais Orais

Grupos	Drogas	Efeitos
Anticoagulante	Dicumarol	B
Antiretrovirais	Nelfinavir Ritonavir	A

Obs: A – Diminuição do efeito hormonal
B – Diminuição do efeito terapêutico

Grupos	Drogas	Efeitos
Analgésicos	Amidopirina Fenacetina Aminofenazona Oxifenbutazona	A
Antibacterianos	Rifampicina Ampicilina Cloranfenicol Sulfametoxipiridazina Neomicina Nitrofurantoina Fenoximetilpenincilina Tetraciclina	A

Grupos	Drogas	Efeitos
Psicotrópicos	Imipramina Clordiazepóxido Clorpromazina Meprobamato	A, B
Hipoglicemiantes	Insulina Hipoglicemiantes orais	B

Grupos	Drogas	Efeitos
Anticonvulsivante	Difenilidantoina Etosuximida Primidona	A, B
Hipnóticos	Barbitúricos	A
Anti-hipertensivos	Guanetidina	B



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



ção Pré-gestacional

- Atividade educativa e de rastreamento de fatores de risco ou doenças = evolução normal de uma futura gestação.
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional - prevenção de defeitos congênitos do tubo neural.
 - * suplemento com ácido Fólico = dose de 0,4 mg/dia iniciando pelo menos 30 dias antes da concepção e mantendo nos 3 primeiros (em caso de gestação anterior com conceito afetado, diabéticas e epiléticas, aumentar a dose para 4 mg/dia).
- Mulheres que necessitam utilizar medicações de forma contínua . anticonvulsivantes, hipoglicemiantes, cardiotônicos , anticoagulantes, anti -hipertensivos - considerar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;

co 2

FM de M.P.R., mãe com 22 anos, escolaridade de 08 a 11 anos, saladeira. Pai com \pm 60 anos, auxiliar de serviços gerais. Mãe reside com amiga mais filho, em casa alugada, água rede pública, esgoto sanitário, renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos.

Não realizou pré-natal, pois não achava que era gravidez, atraso menstrual em seu ciclo era normal.

Gravidez não planejada, sem acompanhamento algum. Durante a gravidez apresentou epigastria e lombalgia.

nico 2

Dados da ficha de atendimento do HF :

Mãe relata não saber da gravidez porém em 08/03/2009 foi atendida no HF referindo dor lombar e dor epigástrica. Recusou a ser medicada.

29/03/2009 BHCG >1000; PA 110/80 . nega alergia a medicação. Iniciou com incontinência urinaria e dor abdominal em baixo ventre e atraso menstrual, com aumento do volume abdominal, IG de \pm 24 semanas pela DUM. HT = 41,4, leucócitos = 11000, plaquetas = 177000. PU = proteínas (-), sangue (-), hemoglobina (+) , leucócitos 704.000, hemácias = 16000, células epiteliais muitas.

O clinico encaminhou para a ULS

co 2

30/03/2009 Procurou hospital devido perda líquida e dor abdominal. Foi de carro próprio, levando menos de 30 minutos para ser atendida. Deu entrada na emergência com dor pélvica intensa.TPP. O parto ocorreu no **vaso sanitário do hospital**. Feto atendido pelo pediatra. **Feto** nasceu com **1030g**, 37 cm, sexo feminino. Não apresentou movimentos respiratórios e pulso. Ao exame: cianótico, sem pulso, aspirada, aquecida com luvas de água morna, pois não tinha berço aquecido. Reanimado com ambu, mascara e massagem cardíaca, sem sucesso, três tentativas de entubação (anestesista). Apgar 0 e 0.

Mãe encaminhada a Maternidade as 10h35.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



São características importantes da assistência pré natal:

- ❖ Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;
- ❖ Ser multidisciplinar, com a participação de profissionais da saúde como médicos de família, obstetras, neonatologistas, enfermeiros e outros.
- ❖ Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;
- ❖ Levar em conta a tomada de decisão das mulheres ;

- ❖ Sem intervenções desnecessárias;
- ❖ Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.
- ❖ Precoce: o primeiro contato com a gestante deverá ser no primeiro mês gestacional,
- ❖ Completo: as gestações de baixo risco são atendidas, de uma maneira geral, com procedimento simples; as de alto risco, normalmente requerem procedimentos e técnicas especializadas.
- ❖ Ampla cobertura: Quanto maior o percentual de mulheres assistidas e acompanhadas no pré-natal, maior será o impacto na redução de mortalidade e morbidade materna e perinatal.

os Encontrados

- ④ A grande maioria das usuárias realizou seu pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 15(quinze) usuárias.
- ④ Duas (02) foram atendidas em clínicas privadas.
- ④ O agendamento da primeira consulta levou, em média, duas semanas (quatorze usuárias).
- ④ Algumas Unidades não dispõem de agenda especial para mulheres grávidas: três mulheres levaram um mês ou mais para fazer sua primeira consulta de pré-natal.
- ④ O acolhimento prévio a consulta foi oferecido a sete (7) usuárias.
- ④ O número de consultas foi no mínimo de quatro e no máximo de 10, sendo que 12 usuárias tiveram seis ou mais consultas.
- ④ As consultas foram realizadas na maioria (12) por médicos clínicos, cinco por tocoginecologista (dois usuárias de clínicas privadas).
- ④ A maioria dos profissionais (14) realizou exame clínico (exame físico) apenas controlando a altura de fundo uterino, ausculta de batimentos cardíacos fetais e verificando presença de edema em membros inferiores.

os Encontrados

- ④ Três médicos realizaram exame clínico completo, incluindo as mamas, ausculta cardíco-pulmonar e exame ginecológico.
- ④ Os exames de laboratório foram considerados na maioria (13) incompletos (segundo o Referencial). Quatro (04) preencheram os critérios de avaliação laboratorial específico para pré-natal (dois tinham colpocitologia oncótica)
- ④ Dez (10) usuárias fizeram USG até 20 semanas, quatro referiram ter feito em clínicas privadas (pagaram), por dificuldade no agendamento.
- ④ Oito mulheres tiveram acompanhamento odontológico disponível durante a gestação, sete (7) o atendimento foi oferecido pelo Programa. Algumas usuárias não foram assistidas por decisão própria (controle com seu dentista particular). Outras necessitavam de atendimento odontológico e encontraram dificuldade no agendamento (não há prioridade para a grávida). Duas usuárias não tiveram acesso garantido à consulta odontológica e tampouco orientações.

os Encontrados

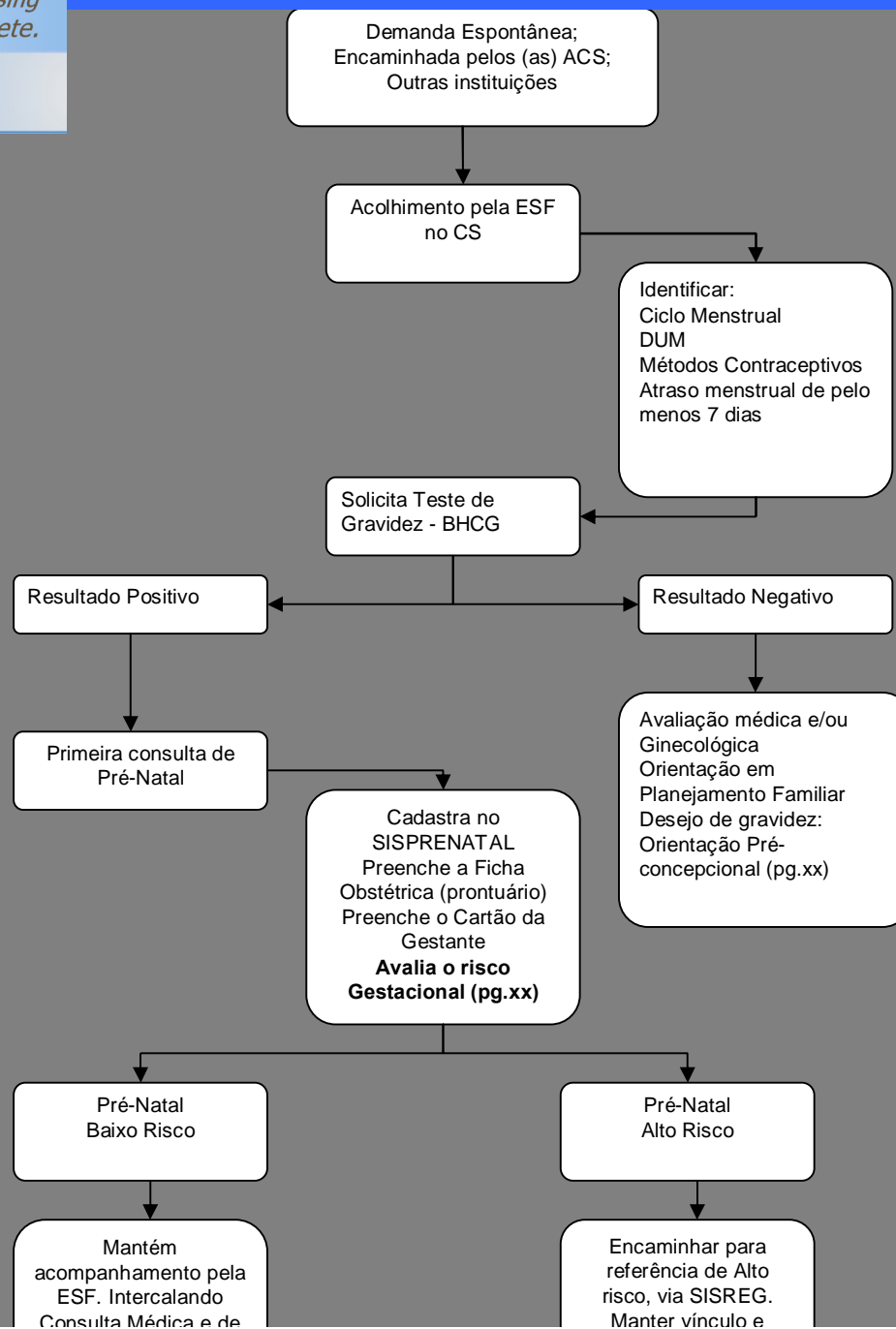
- ❷ Consulta pediátrica não fez parte da rotina padrão das unidades de saúde (observações dos relatórios de campo e informação das mulheres). Uma gestante teve acesso à consulta, não foi por opção.
- ❷ Algumas (05) usuárias receberam informações sobre o recém-nascido durante as consultas médicas ou da enfermagem.
- ❷ Todas as mulheres tiveram direito a presença de um acompanhante durante a consulta, algumas foram sozinhas por não ter quem as acompanhasse.
- ❷ A grande maioria (15) teve acesso ao grupo de gestantes ou ao encontro em sala de espera, oito (8) não freqüentaram por questões particulares.
- ❷ Onze (11) mulheres buscaram informações por decisão própria em revistas, livros e até na Internet. Cinco (05) mulheres receberam a Agenda da Gestante da unidade (documento padrão do Programa).
- ❷ Duas (02) usuárias negaram ter recebido qualquer tipo de informação. As orientações recebidas foram sobre mama, alimentação, parto, e outras buscadas pelas mulheres.

Atendimento das Mulheres para Melhorar o Pré-natal

Para melhorar o pré-natal há a necessidade de trabalhar:

- **Organização do Serviço e Estrutura de Atendimento:** esperam prioridade no agendamento da mulher grávida; direito à privacidade; maior número de consultas no final da gestação; realização de preventivo (Colpocitologia Oncótica) de rotina durante a gravidez; acesso ao grupo de gestante (mais horários disponíveis); agilização dos exames e acesso à ultrassonografia.
- **Relação Médico-Usuária:** o profissional médico deve ter mais atenção com a gestante, respeitando suas necessidades e expectativas; oferecer mais informações e orientações e prestar assistência supervisionada junto ao acadêmico durante a consulta.
- **Conteúdo e Forma das Informações Prestadas nesse Processo:** julgam importante orientação quanto à agendamento de consultas, exames, encaminhamentos (referência) e vacinas; esclarecimentos sobre o parto e a maternidade de referência (direcionamento do local do parto); informações sobre: uso de ácido fólico na pré-concepção e sobre amamentação; o uso de material informativo: vídeos, folder, etc; e a conscientização sobre a importância do parto normal e do curso de gestantes.

RAMA I: CAPTAÇÃO DA GESTANTE PARA ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL



RECONIZADOS NO PR É-NATAL

Período Gestacional	Exames
Primeira consulta ou 1º trimestre	<ul style="list-style-type: none">• Hemograma• Tipagem sanguínea e fator RH• VDRL• Anti-HIV (realizar aconselhamento pré-teste)• HbsAg• Glicemia em jejum• Toxoplasmose IgM e IgG• Rubéola IgG (Se na história IgG + não precisa solicitar o exame)• PU + Urocultura• Colpocitológico• Ultrassonografia obstétrica (entre 17º a 22º semana)• Parasitológico de fezes (SN)

RECONIZADOS NO PR É-NATAL

2° trimestre

- Coombs indireto (se Rh negativo)
- Se glicemia > que 85mg/dl solicitar Curva Glicêmica 2 dosagens oral (75g), (Fluxograma II: Rastreamento do Diabetes Gestacional)
- Hemograma
- PU e Cultura de urina
- VDRL

RECONIZADOS NO PR É-NATAL

3º trimestre

- Hemograma
- VDRL
- Anti-HIV (realizar aconselhamento pré-teste)
- HbsAg
- Repetir Toxo se IgG não reagente
- PU + Urocultura
- Bacterioscopia de secreção vaginal (solicitar em torno da 30ª semana se tiver antecedente de prematuridade).
- Cultura para Estreptococo Beta Hemolítico vaginal (solicitar na 35ª semana);

- A realização da ultrassonografia na segunda metade da gravidez em gestações de baixo risco, ou como rastreamento universal, não confere benefício à mãe ou ao recém-nascido. Não reduz a taxa de indução do parto (OR-1,0: IC a 95%: 0,9-1,1) ou de cesariana (OR-1,1: IC a 95%: 1,0-1,1). Não reduz a prematuridade (OR-1,0: IC a 95%: 0,8-1,1), a mortalidade perinatal (OR-1,0: IC a 95%: 0,8-1,4) ou a natimortalidade (OR-1,2: IC a 95%: 0,7-1,8). Não existem dados com relação aos potenciais efeitos psicológicos do exame rotineiro nessa fase da gravidez, nem nos resultados neonatais a curto e longo prazos (**A**).

do Resultado

EXAMES	RESULTADOS	CONDUTAS
Tipagem sanguínea	Se a gestante for Rh negativo e o parceiro for Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicitar o teste de Coombs indireto ; se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24 ^a semana. Se positivo, referir ao pré-natal de alto risco.
HIV	Resultado negativo	Orientação e repetir no início do 3 ^o trimestre
	Resultado positivo (Notificação Compulsória)	Encaminhar para infectologista e Pré-Natal de alto risco.

■ SÍFILIS

O rastreamento universal da sífilis é recomendado na primeira consulta de pré-natal para toda gestante, porque o tratamento é benéfico para a mãe e o feto. Mulheres com risco aumentado devem se submeter a nova sorologia com 28 semanas de gravidez e, novamente, quando da internação para o parto. (**D**).

VDRL negativo	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento.
Sorologia para Lues	<p>VDRL positivo (Notificação Compulsória)</p> <p>Sífilis primária: tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única, dose total 2.400.000UI.).</p> <p>Sífilis secundária e latente recente (até 1 ano): tratar com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada nádega), repetir em uma semana, dose total 4.800.000.</p> <p>Sífilis terciária tardia (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida): tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Tratar o parceiro sempre.</p>

Parcial de urina	Proteinúria	<p>a) ôtraçosö: repetir em 15 dias</p> <p>b) ôtraçosö + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco</p> <p>c) ômaciçaö: referir ao pré-natal de alto risco.</p>
	Piúria ou Bacteriúria	Solicitar urocultura com antibiograma e Tratar.
	Hematúria	<p>a) se piúria associada, solicitar urocultura.</p> <p>b) se isolada, excluído sangramento genital, investigar.</p>
	Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
Urocultura + antibiograma	Negativa	Repetir a cada trimestre
	Positiva	Tratar conforme antibiograma com antibióticos seguros na gestação. Sem antibiograma utilizar Cefalosporina ou Nitrofurantoína. Repetir e urocultura após o tratamento.

■ BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Todas as gestantes devem realizar exame de urina (urina rotina e urocultura), entre 12 e 16 semanas, para rastrear bacteriúria assintomática. Tratamento com antibiótico é efetivo na bacteriúria assintomática (OR-0,07; IC a 95%:0,05 -0,10), na redução de pielonefrite na gravidez (OR -0,24; IC a 95%: 0,19 - 0,32). A antibioticoterapia também se associa à redução na incidência de parto prematuro ou baixo peso ao nascer (OR -0,6; IC a 95%: 0,5 -0,8)⁴³(A).

RASTREAMENTO TOXOPLASMOSE

Sorologia para Toxoplasmose	IgG + e IgM -	Imune
	IgG ó e IgM -	Não Imune Repetir no terceiro trimestre. Realizar orientação: evitar contato com cães e gatos, evitar consumo de carne crua e ovos crus, cuidados higiênicos ao lidar com terra.
	IgG- ou + e IgM+ (Notificação compulsória)	Toxoplasmose aguda Referir PN de alto risco.

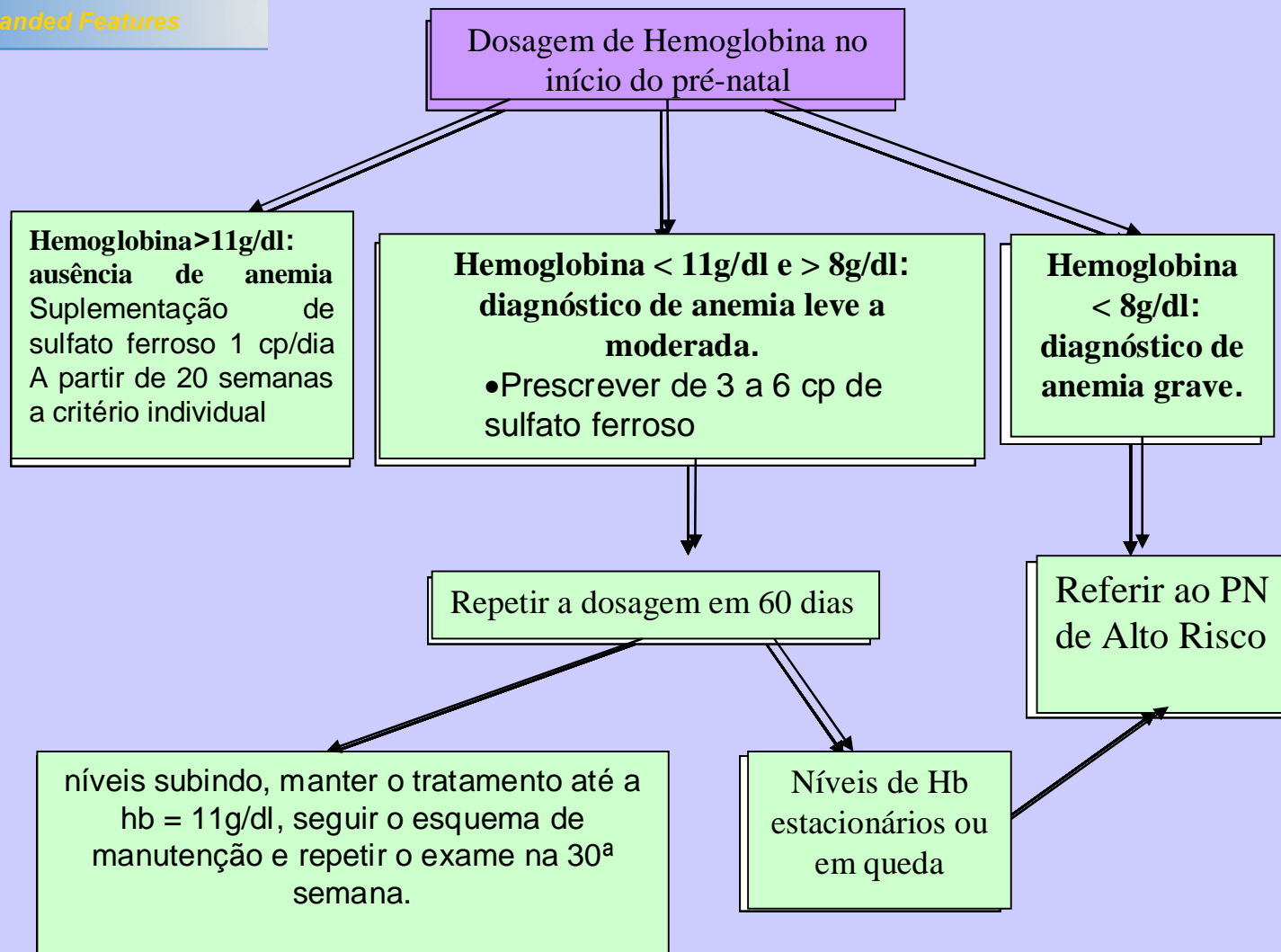
✚ RUBÉOLA

Rastreada quanto à imunidade ainda não o f oi testada. As mulheres suscept íveis devem ser aconselhadas sobre os riscos da infec ção durante a gravidez e devem ser orientadas a se vacinarem no puerpério. (D).

✚ HEPATITES B

O rastreamento da hepatite B com o ant ígeno de superfície (HBsAg) - para que interven ções pós natais redução da transmissão vertical. Mulheres com risco aumentado podem ser vacinadas com seguran ça durante a gravidez (D)

FLUXOGRAMA I: Investigação de Anemia e Suplementação de Sulfato ferroso



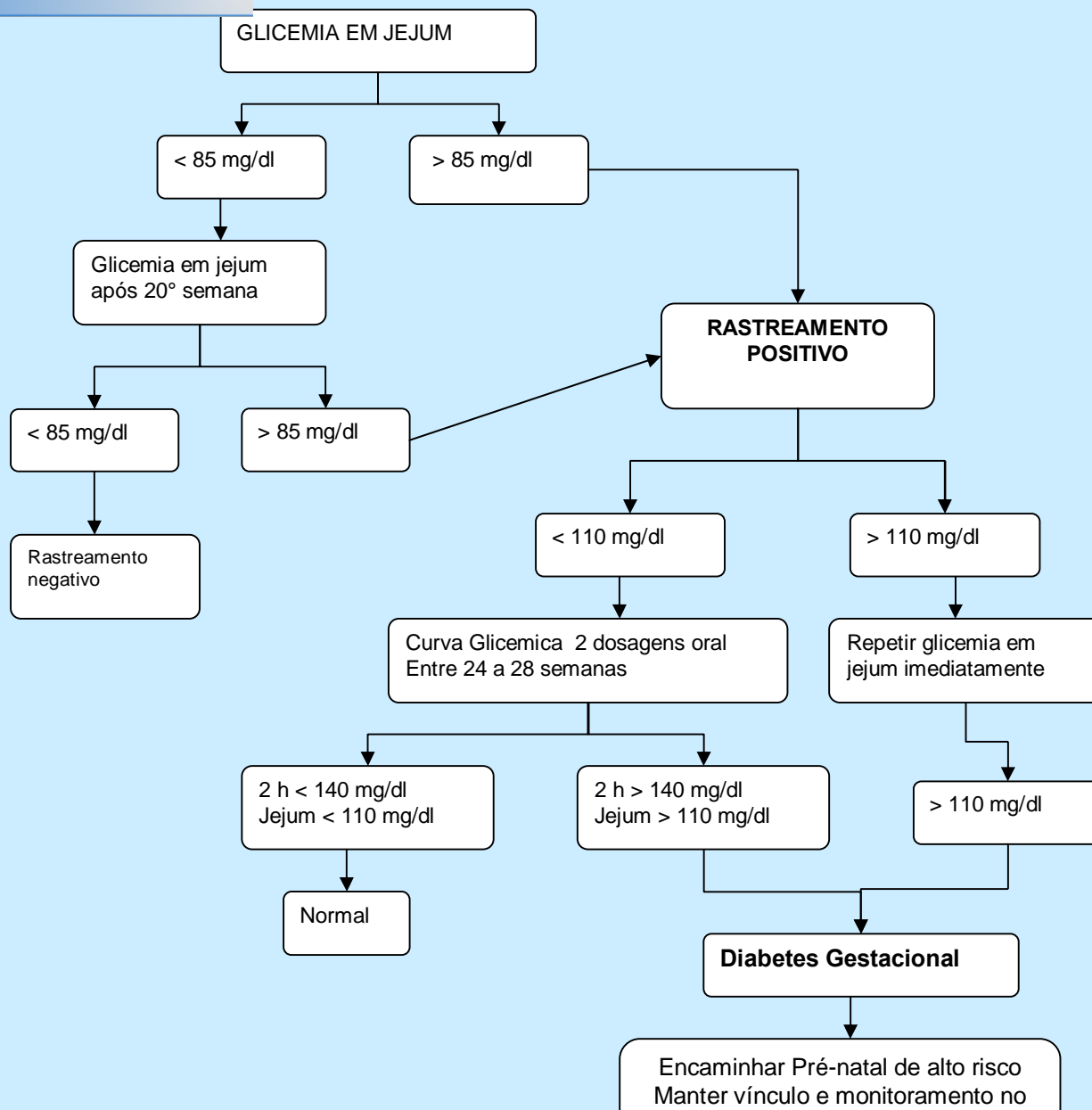
SULFATOFERROSO: 1 cp = 200 mg = 40 mg de ferro elementar
Orientar para tomar meia hora antes das refeições, preferencialmente com suco de laranja ou limão ou vitamina C, não pode ser tomado com leite.

A suplementação rotineira de ferro e folato previne contra baixos níveis de hemoglobina à época do parto (OR-0,2; IC a 95% 0,1 -0,3), mantendo ou elevando os níveis séricos de ferritina (OR -0,04; IC a 95% 0,01 -0,1), ferro (OR-0,2; IC a 95% 0,1 -0,3) e ácido fólico (OR-0,1; IC a 95% 0,06 -0,2). A suplementação reduz a incidência de gestantes com hemoglobina menor que 10,0g/dl, no final da gestação. Existem poucas informações a respeito de outros efeitos para mãe e feto (**A**).

■ VITAMINAS

Na ausência de evidência de benefícios, a suplementação de rotina não deve ser oferecida a toda gestante50(**A**).

Tema II: Rastreamento de Diabetes Gestacional



- O Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras e a Associação Americana de Diabetes recomendam o rastreamento universal de todas as gestantes entre 24 e 28 semanas, exceto para mulheres de baixo risco (idade abaixo de 25 anos, grupo étnico de baixo risco, peso pré-gestacional normal, sem história de mau resultado obstétrico, de metabolismo anormal de glicose e de diabetes em parentes de primeiro grau). Esses protocolos propõem a realização do rastreamento com sobrecarga de 50g de glicose (**D**).
- O Ministério da Saúde recomenda a dosagem da glicemia de jejum como primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o diabetes mellitus gestacional (DMG), independentemente da presença de fatores de risco. Se a gestante está no primeiro trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda, para o diagnóstico do DMG, o teste de tolerância com 75g de glicose (**D**).

Doenças hipertensivas na gravidez

Classificação:

- Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG):
 - Leve
 - Grave
- Eclâmpsia
- Hipertensão crônica
- Hipertensão crônica com DHEG sobreposta
- DHEG sem proteinúria

Hipertensiva específica da gravidez

A divisão em quadro leve ou grave é importante para definir a conduta.

Quadro leve:

- ❖ Pressão arterial diastólica menor que 110 mmHg.
- ❖ Proteinúria menor que 2 g em 24 horas.
- ❖ Sem nenhuma outra alteração em órgão alvo.

na DHEG leve

- Controle ambulatorial semanal.
- Dieta hiperproteica e normossódica.
- Períodos de repouso em decúbito lateral esquerdo.
- Afastamento do trabalho.
- Medida da PA a cada 48 horas, quando possível.
- Controle laboratorial a cada duas semanas (hemograma, plaquetas, ácido úrico, creatinina, parcial de urina, proteinúria 24 horas, transaminases).
- Controle vitalidade fetal (mobilograma, cardiocotografia semanal, ultrassonografia com ILA e Doppler a cada duas semanas).
- Não utilizar anti-hipertensivos.
- Não ultrapassar 40 semanas.

na DHEG grave

- ❖ Internação hospitalar.

Crise Hipertensiva

- Solução de Hidralazina (1 ampola + 9 ml AD), aplicar 2,5 ml (5 mg) EV, a cada 20 minutos, até PAD ficar abaixo de 110 mmHg. Em casos refratários, pode-se empregar 10 mg a cada 20 minutos.
- Nifedidipina 10 mg VO de 30 em 30 minutos também poderá ser utilizado.

Anti-hipertensivos oral:

- Metildopa 1 a 2 g/dia de 12 em 12 horas
- Hidralazina 100 a 200 mg/dia, de 6 em 6 horas

Indicação

- ❖ Gestação < de 32 semanas + n íveis PA persistente

✚ Suplementação de cálcio < pré-eclampsia, a morbidade grave e a mortalidade materna - mulheres com dieta pobre em cálcio. (1g/dia).

- ✚ Aparecimento de convulsões, seguidas ou não de coma, não atribuíveis a outras causas, em pacientes com DHEG.
- 1. Cuidados gerais:
 - Proteção da paciente.
 - Acesso venoso periférico adequado.
 - Cânula de Guedel, aspiração de secreções, decúbito lateral esquerdo.
 - Oxigenioterapia.
 - Cateterismo vesical, com anotação da diurese a cada 4 horas.
- 2. Hidratação, com infusão de solução fisiológica (1.500 ml /24 hs) e solução glicosada (1.500 ml /24 hs).
- 3. Cuidados de UTI.

4. Sulfato de Magnésio:

a primeira escolha é o esquema endovenoso, com dose de ataque de 4 g, inf undida em 10 minutos. Uma dose adicional de 2 g em 5 minutos pode ser administrada, se convulsão persistir. A manutenção deve ser de 2 g a cada hora, administrada com bomba de infusão, até 24 horas do parto.

➤ O esquema de Pritchard é alternativo e deve ser utilizado para a transferência de pacientes ou quando a bomba de infusão não estiver disponível.

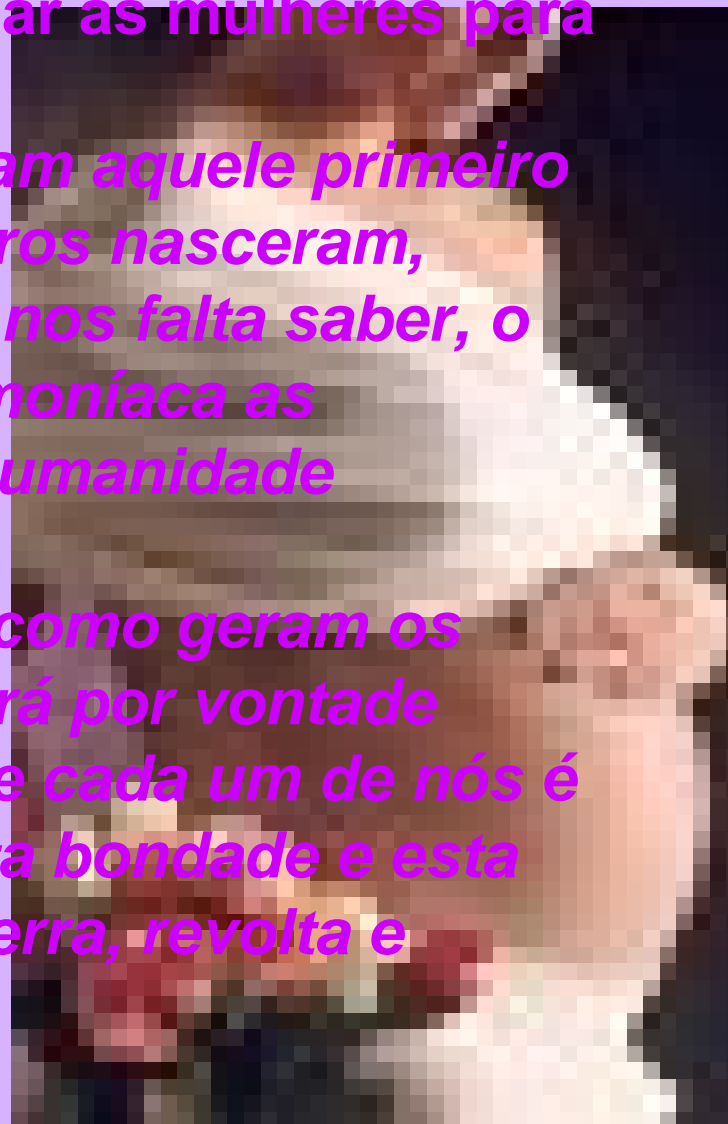
- ✓ Ataque: 4g EV (8 ml de sol. 50% diluído em 12 ml de AD) correr em 10 min. + 10g IM (10 ml de sol. 50% em cada nádega)
- ✓ Manutenção: 5g IM de 4 horas (10 ml de sol. 50%)

ção arterial crônica

- ❑ Controle ambulatorial (menos DHEG sobreposta)
- ❑ Quando a HAS for leve - sem medicação ou manter a medicação que fazia uso (exceto inibidores da enzima de conversão, diuréticos e medicamentos sem segurança comprovada na gravidez). Preferência = Metildopa (+ Hidralazina). B Bloqueadores = Pindolol.
- ❑ AAS 100 mg /dia VO - 12 semanas, até Doppler nas artérias uterinas, por volta das 24 semanas. Manter se alterado. Vigilância do crescimento e vitalidade fetal.

o tivesse feito calar as mulheres para
todo o sempre
talvez elas, porque inventaram aquele primeiro
pecado de que todos os outros nasceram,
soubessem dizer-nos o que nos falta saber, o
que; que partes divina e demoníaca as
compõem, que espécie de humanidade
transportam dentro de si.
... falava das mulheres e de como geram os
seres que somos, se não será por vontade
delas, se é que o sabem, que cada um de nós é
este pouco e este muito, esta bondade e esta
maldade, esta paz e esta guerra, revolta e
mansidão.Î

Saramago



Diabetes Mellito

Classificação:

- Tipo I ou diabetes insulino-dependente (DMID): propensão à cetoacidose. Ocorre em qualquer idade. Comum na jovem.
- Tipo II ou não insulino dependente: resistente à cetoacidose. Mais frequente em adultos. Maioria obesas. História familiares. Sempre requerem insulina na gravidez.
- Tipo III ou diabetes gestacional: surge durante a gravidez.
- Tipo IV ou diabetes secundária

Gestacional

Manejo inicial:

- Introduzir a dieta adequada orientada pelo serviço de Nutrição, Deve ser fracionada em 6 refeições diárias,
- Controle glicêmico com perfil glicêmico iniciando 15 dias após o estabelecimento da dieta adequada.
 - Se perfil normal, repetir a cada 15 dias.
 - Se apenas um ponto alterado, ajustar a dieta e repetir o perfil em uma semana.
 - Se mais de um ponto alterado, manter a gestante internada para iniciar insulina conforme descrito em diabetes tipo I.
- Estimular exercício físico.

Consultas pré-natais:

- ✓ Até 28 semanas: visitas mensais intercalando a cada 15 dias obstetra/endocrinologista (quando poss ível).
- ✓ Entre 28 e 32 semanas: visitas quin zenais, mantendo o esquema anterior.
- ✓ Entre 32 e 36 semanas: visitas semanais.

diabetes tipo II

- O uso de hipoglicemiantes -proscrito (risco de malformação fetal).
- O acompanhamento da gestação deve seguir a rotina de diabetes gestacional .

do Trato Urinário

- ⓐ Bacteriúria Assintomática (BA)
- ⓐ Nos casos de recorrência ou reinfecção deve-se optar pelo tratamento supressivo com Nitrofurantoína (100 mg/dia) ou Ácido Nalidíxico (500 mg/dia) até duas semanas após o parto.

do Trato Urinário Baixo (cistite aguda)

O tratamento é ambulatorial. Antibióticos utilizados:

- Cefalexina 500 mg de 6/6 horas por 7 a 10 dias.
- Nitrofurantoína 100 mg de 6/6 horas por 7 a 10 dias - evitar no último trimestre.
- Amoxicilina 500 mg de 8/8 horas.
- Sulfametoxazol + Trimetopim (800/160 mg) de 12/12 (13 e 33 sem).
- Ácido Nalidíxico 500 mg de 6/6 horas por 7 a 10 dias - evitar no terceiro trimestre.
- Fosfomicina Trometamol 3 g em dose única.
- Amoxicilina + Ácido Clavulônico 500 mg de 8/8 h por 7 a 10 dias

te aguda

- ❑ Incidência entre 5% a 10%
- ❑ Microorganismos + frequente ITU - enterobactérias (Escherichia coli = 65% a 90%)

Conduta:

- ❖ Hospitalizar.
- ❖ Alta hospitalar pode ser dada em 3 a 4 dias - boa evolução.
- ❖ Deve-se realizar urocultura de controle 7 dias e a cada 30 dias até o parto. Em caso de recidiva - investigar aparelho urinário e manter antibiótico profilático até 2 semanas pós parto.

ite aguda

- + 15% das pacientes se detectar á bacteriemia e algumas complica ções sistêmicas graves - choque séptico, CIVD, anemia devido supressão medular, disfunção pulmonar (SARA = s índrome da angústia respiratória do adulto), insuf iciência renal transit ória e raramente, abscesso renal ou perin éfrico.
- + As complica ções fetais - parto prematuro, retardo do crescimento intra -uterino, morte intrauterina.

erio e menopausa

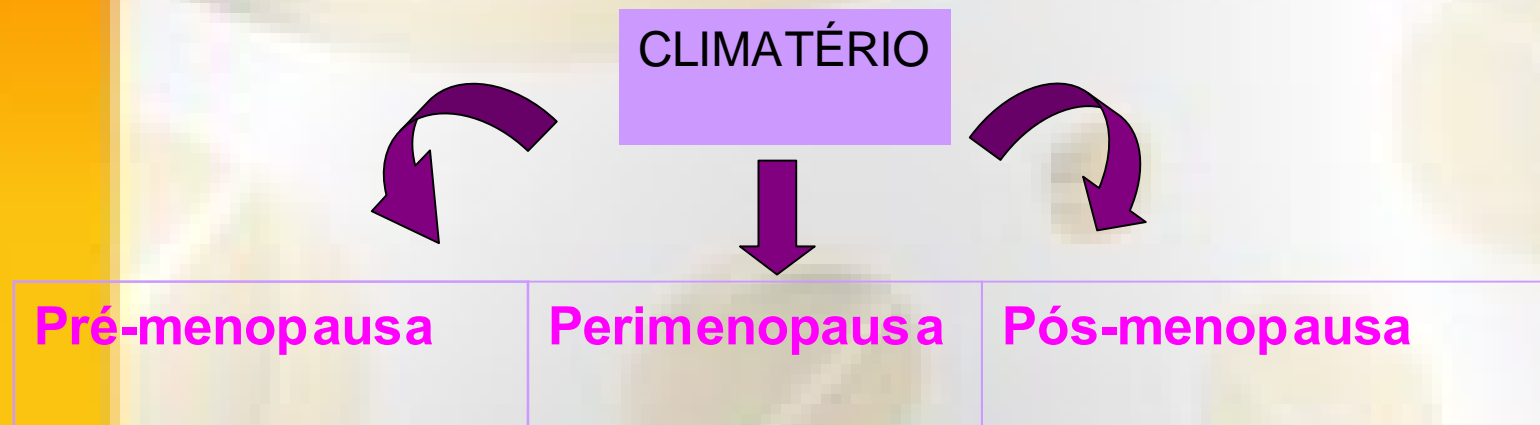


Menopausa

Fase crítica;

- ✓ Transição do período reprodutivo ou fértil para o não reprodutivo;
- ✓ Período que ocorrem alterações hormonais, metabólicas, somáticas, psíquicas e sociais - declínio dos níveis de estrógenos endógenos - progressivo esgotamento ovariano.

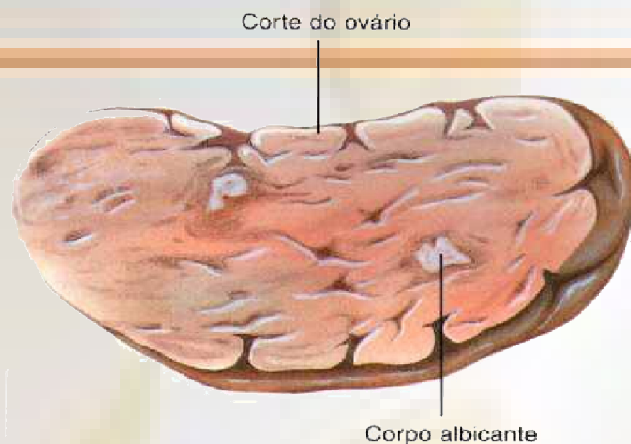
Classificação



Isa

*“ Cessação completa
ou permanente da
menstruação devido
a depleção dos
folículos ovarianos*

Só podem ser consideradas
mulheres menopausadas
aquelas que estão em
amenorréia há, no mínimo,
12 meses.



SINAIS E SINTOMAS CLÍNICAS

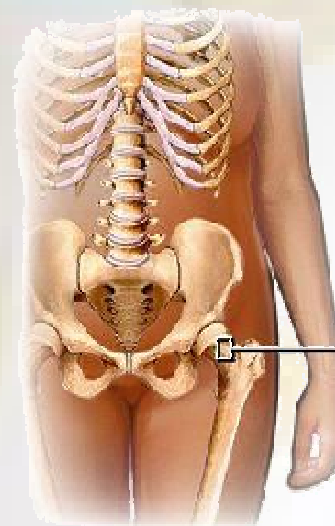
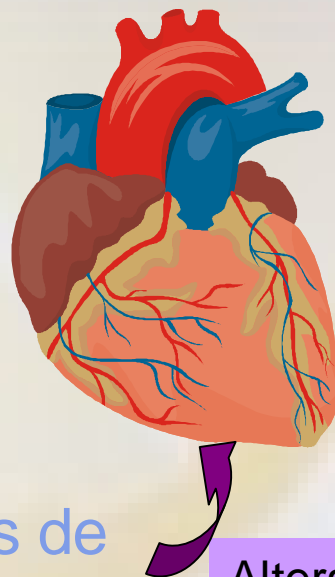
- Fogachos
- Suores noturnos
- Distúrbios do sono
- Ansiedade
- Depressão
- Irritabilidade
- Mudanças de humor
- Falta de concentração
- Perda de memória
- Tonturas
- Cefaléia
- Palpitações
- Parestesia.



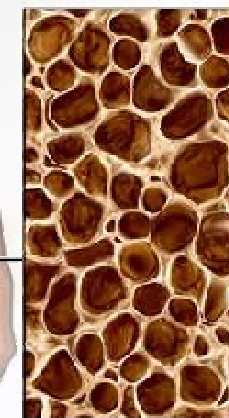
(cerca de 8 a 10 anos após a menopausa):

➤ envelhecimento

Modificações das lipoproteínas e do metabolismo ósseo mineral que podem desenvolver quadros de doença cardiovascular e osteoporose, Alzheimer.



Osso com osteoporose



Alteração da microarquitetura óssea



Aumento do risco de fraturas é causa de morbidade e mortalidade consideráveis. Segundo a OMS, 1/3 das mulheres brancas acima de 65 anos são portadoras de osteoporose.



ática do climatério:

- Diagnóstico = sintomas relatados pela paciente.
Desnecessário a dosagem de FSH.
- Dosagem de colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia, TSH ultrasensível.
- mamografia
- Rastreamento do câncer
- Propedêutica da osteoporose
- Densitometria óssea

- Deve-se salientar a importância da profilaxia dos sintomas da menopausa:
- Nutrição adequada: manutenção do peso, prevenção de doenças metabólicas.
- Exercícios físicos: manutenção do peso, prevenção de osteoporose e doenças cardiovasculares, bem-estar físico e psíquico.
- Fármacos não-hormonais.



Terapia de reposição hormonal (TRH)

Reverter as repercussões negativas da deficiência estrogênica.

- Esquemas terapêuticos: estrogênio isolado ou associado à progesterona e androgênios

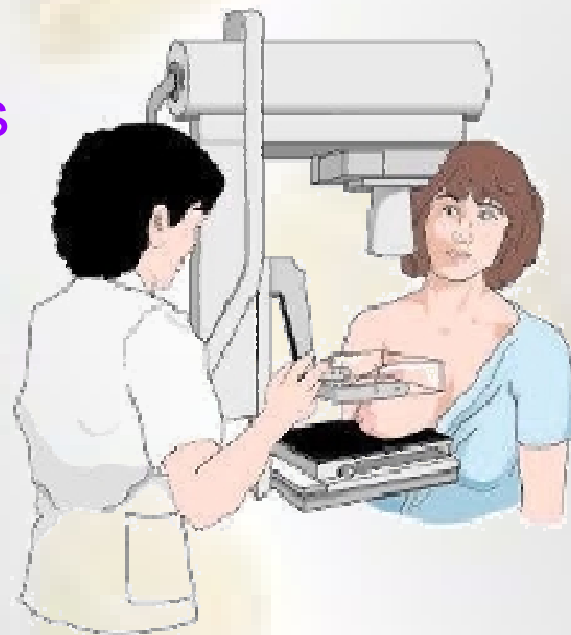
Visa:

- Minimizar e prevenir as alterações decorrentes do hipoestrogenismo na pós-menopausa;
- Corrigir as disfunções menstruais da pré e perimenopausa.
- Melhoria ou abolição dos sintomas vasomotores, da atrofia urogenital, dos transtornos urinários, das alterações na pele. prevenção da osteoporose;



Riscos:

- ❏ Riscos de câncer do endométrio e de mama, de doença tromboembólica, de colelitíase ficam reconhecidamente aumentados com o uso da TRH.
- ❏ Substâncias moduladoras seletivas dos receptores estrogênicos que não têm ação estimuladora nos receptores da glândula mamária = (SERNS) seriam uma opção?



Indicações para terapia de reposição Consenso da sociedade Europeia de (menopausa)

- ❖ Doença hepática aguda
- ❖ Sangramento vaginal de gênese incerta
- ❖ Trombose venosa profunda aguda
- ❖ Tromboembolismo agudo
- ❖ Câncer de mama
- ❖ Câncer endometrial
- ❖ Endometriose (relativa)
- ❖ Alterações congênitas do metabolismo lipídico

Preparados estrogênicos existentes

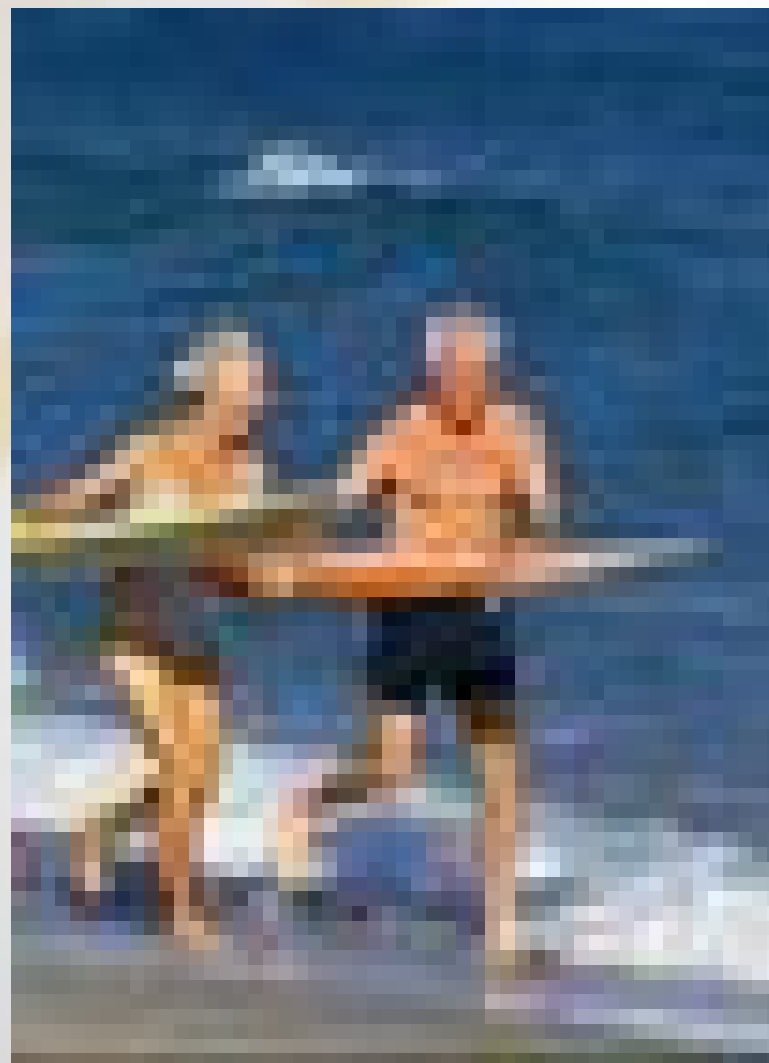
- Estrógenos conjugados 0,3; 0,625 e 1,25 VO e creme vaginal (este possui taxa de até 25% de absorção sistêmica)
- Estriol - VO de 1 e 2 mg e creme vaginal 1 g de creme - 1 mg de estriol
- Promestrine (1 g ou 1 óvulo = 10 mg)
- 17-beta-estradiol gel - cada dose contém 0,5 mg
- 17-beta-estradiol adesivos semanal libera 50 mcg diários; bissemanal
- Estradiol Oral: existem apresentações nas doses de 1 e 2 g.
- SERMs (tamoxifeno e raloxifeno): protege contra Ca de mama e melhora osteoporose. Raloxifeno: na dose de 60 mg ao dia.

A reposição hormonal consiste basicamente em reposição estrogênica. O progestogênio deve ser adicionado ao tratamento para todas as mulheres que têm útero.

- ❑ Tibolona: Possui efeito estrogênio -símile. Não protege a mama.
- ❑ Cálcio: ingestão adequada representa o melhor esquema terapêutico. Dose: com idade > 50 anos ingestão diária de 1200 mg ao dia ou suplementação, dividido em 3 doses dia, para otimizar a absorção, com 400 IU de Vit.D.
 - Citrato de cálcio
 - Carbonato de cálcio: possui 40% de cálcio elementar,
- ❑ Bifosfonados:
 - Alendronato: dose de 10 mg uso diário ou de 70 mg para uso semanal.
 - Risendronato: possui boa tolerabilidade gástrica, é eficaz para a redução do risco de fraturas.

- ❖ Permanece consenso internacional que a terapia com estrogênio ou com associação estrogênio-progesterona, seja realizada por um curto período de tempo, para tratamento dos sintomas vasomotores moderados a severos. O tempo de uso de curta duração arbitrariamente, seria de dois a três anos, não devendo exceder cinco anos.

o diagnóstico deve ser encarado como um momento decisivo para proporcionar um envelhecimento ativo e saudável às mulheres pós-menopausadas. E seu manuseio clínico exige, do médico, conhecimento da fisiopatologia, com percepção da necessidade de individualização do tratamento, considerando a variedade de sintomas de mulher para mulher +.





*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Obrigada!