



*Pré-Natal, Parto, Puerpério
e Atenção ao Recém-Nascido*

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Prefeito
CASSIO TANIGUCHI

Secretaria Municipal da Saúde

Secretário
MICHELE CAPUTO NETO

Superintendente
EDIMARA FAIT SEEGMÜLLER

Diretora do Centro de Informações em Saúde
ELIANE VEIGA CHOMATAS

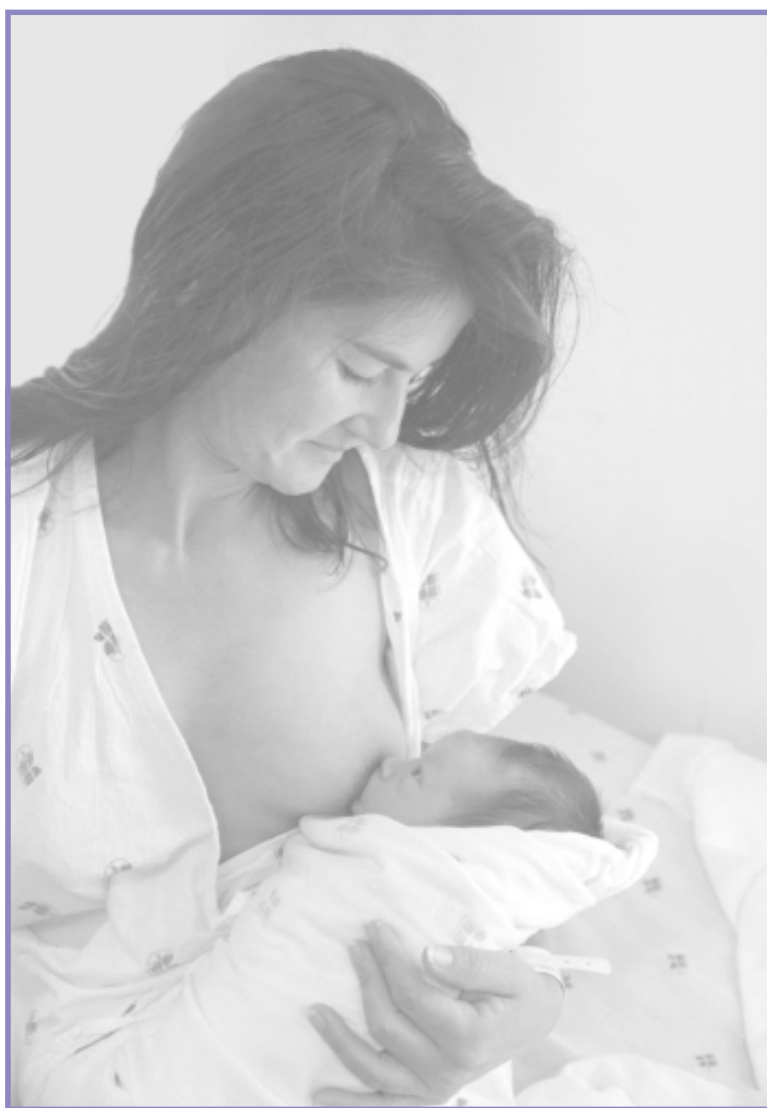
Curitiba, março de 2004

AGRADECIMENTO

A Secretaria Municipal da Saúde agradece a todos os profissionais das Sociedades Científicas, Universidades, Instituições, e Prefeitura Municipal de Curitiba que participaram da atualização e criação dos novos capítulos deste Protocolo.

O esforço de cada profissional em compartilhar saberes e práticas tem contribuído para que o Programa Mãe Curitibana continue primando pela qualidade e excelência das ações direcionadas às nossas gestantes e às nossas crianças.

Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido



Programa Mãe Curitibana

Sumário

INTRODUÇÃO

I. ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	17
1.1. Captação, inscrição e vinculação no Pré-natal	17
1.2. Avaliação clínico-obstétrica	17
1.2.1. Anamnese	19
1.2.2. Exame clínico-obstétrico	20
1.2.3. Mobilograma e teste do estímulo sonoro simplificado	22
1.2.4. Exames complementares	23
1.2.5. Fluxograma do exame citopatológico	25
1.3. Classificação do Pré-natal quanto ao risco gestacional	26
1.3.1. Pré-natal de baixo risco	26
1.3.2. Pré-natal de alto risco	26
1.4. Acompanhamento do Pré-natal	27
1.5. Orientações às gestantes	28
1.6. Fluxograma da assistência ao Pré-natal	29
1.7. Aspectos relevantes da avaliação da gestante	30
1.7.1. Avaliação do estado nutricional	33
1.7.2. Aleitamento Materno	38
1.7.3. Saúde Mental	43
1.7.4. Saúde Bucal	47
II. INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL	51
2.1. Queixas mais comuns na gestação	51
2.2. Intercorrências clínicas e obstétricas	53
III. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES MATERNAS E CONGÊNITAS	57
3.1. Toxoplasmose Materna	57
3.1.1. Fluxograma de investigação da Toxoplasmose na gestação	62
3.1.2. Toxoplasmose congênita	63
3.1.3. Fluxograma de investigação do RN com Mãe com Toxoplasmose ativa na gestação	69
3.2. Prevenção da Transmissão Vertical do HIV	70
3.2.1. Fluxograma de investigação do HIV na gestação	77
3.2.2. Fluxograma de conduta em criança nascida de mãe infectada pelo HIV	80
3.3. Sífilis Materna	81
3.3.1. Fluxograma de investigação da sífilis materna	85
3.3.2. Sífilis congênita	86
3.3.3. Fluxograma de investigação e tratamento da sífilis congênita	90
3.4. Tuberculose na Gestação	91
3.5. Hepatite B na Gestação	93
3.5.1. Fluxograma de investigação da hepatite B na gestação	93
3.5.2. Fluxograma da proteção do RN exposto à hepatite B	96



IV. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À PREMATURIDADE	99
4.1. Trabalho de Parto Prematuro	99
4.1.1. Tocólise	103
4.1.2. Corticoterapia	105
4.1.2. Fluxograma de orientação na conduta do Trabalho de Parto Prematuro	106
4.2. Doenças Sexualmente Transmissíveis na gestação	107
4.2.1. Fluxograma do corrimento vaginal	112
4.2.2. Fluxograma da úlcera genital	116
4.3. Infecção por Estreptococo Beta hemolítico do grupo B na gestação	116
4.4. Infecção do Trato Urinário na Gestação	118
4.4.1. Fluxograma de investigação da Infecção urinária na gestação	121
4.4.2. Fluxograma da assistência à gestante com Infecção do Trato Urinário	122
4.5. Prevenção da Doença Hemolítica Perinatal	122
4.5.1. Fluxograma de Prevenção da Doença Hemolítica Perinatal	124
4.6. Diabetes gestacional	125
4.6.1. Fluxograma de diagnóstico do diabetes gestacional	128
4.7. Síndromes Hipertensivas na gestação	129
4.7.1. Doença Hipertensiva Específica da gestação	129
4.7.2. Hipertensão Arterial Sistêmica na gestação	135
4.7.3. Fluxograma de encaminhamento da gestante com Síndrome Hipertensiva	137
4.8. A gestante fumante	138
4.8.1. Fluxograma de identificação da gestante fumante	139
4.9. Cardiopatias congênitas	140
V. ASSISTÊNCIA AO PARTO, AO RECÉM-NASCIDO E AO PUERPÉRIO	143
5.1. Monitoramento do Trabalho de Parto e do Parto	143
5.2. Assistência ao Recém-nascido	145
5.2.1. Fluxograma de conduta em caso de RN nascido com líquido meconial	146
5.2.2. Critérios de risco ao nascer	147
5.3. Puerpério	149
VI. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA	153
VII. ANEXOS	163
Anexo IA. Mapa de monitoramento das atividades do pré-natal de baixo risco	163
Anexo IB. Mapa de monitoramento das atividades do pré-natal de alto risco	164
Anexo II. Oficina para as gestantes	168
Anexo III. Classificação de risco de teratogenicidade dos medicamentos usados na gravidez ...	170
Anexo IV. Critérios para seleção do esquema Terapêutico Antiretroviral	
para prevenção da Transmissão Vertical do HIV	171
Anexo V. Notificações epidemiológicas	178
Anexo VI. Dez passos para a atenção humanizada ao parto	180
Anexo VII. Sistema de informação gerencial	181
Anexo VIII. Orientações legais para a gestante	182
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185



Apresentação

9

Capacitar e atualizar profissionais de saúde para garantir uma atenção cada vez melhor à população é uma das principais diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

O Protocolo Mãe Curitibana é um importante instrumento de trabalho para os profissionais de saúde da rede básica, serviços especializados e rede hospitalar. A versão 2004 deste Protocolo traz todo o conteúdo revisado e atualizado, visando a melhor assistência à gestante e ao recém-nascido. A nova abordagem do Protocolo baseia-se na integração, articulação e organização do processo de trabalho entre a equipe de saúde da unidade básica, os Serviços de referência e as maternidades vinculadas.

A mulher grávida que procura a Unidade de Saúde para realizar o pré-natal, tem a sua vinculação efetivada na maternidade onde realizará o parto, já na primeira consulta. A equipe de saúde está treinada para cuidar da gestação, procurando manter mãe e bebê saudáveis durante o pré-natal e oferecendo as condições para um parto humanizado e um pós-parto e puerpério com o menor risco possível.

Certos de que estamos promovendo a cidadania e os direitos da mulher, a nossa responsabilidade enquanto Gestor Municipal aumenta a cada lançamento de uma nova versão do Programa Mãe Curitibana.

Os desafios são: a redução da mortalidade materna e infantil, estando o coeficiente de mortalidade materna de 26,6/100.000 nascidos vivos, e de mortalidade infantil de 11,8/1000 nascidos vivos, em 2002; o fortalecimento dos laços com a comunidade, principalmente com os Comitês em Defesa da Vida e a constante atualização dos profissionais.

A soma de todos estes processos no dia a dia dos serviços de saúde faz a diferença no processo da construção de uma Curitiba social, digna e solidária.

Os esforços do governo, das sociedades científicas, trabalhadores e prestadores da saúde, transformam-se em saúde integral e de qualidade para as mulheres, com a preservação de todos os seus direitos sexuais e reprodutivos. Forma incontestável de defender e promover a vida.



Michele Caputo Neto
Secretário Municipal da Saúde



Mensagem

11

Um dos aspectos mais relevantes para o exercício da medicina é a sua prática alicerçada em protocolos propedêuticos e terapêuticos, baseados em exaustiva evidência científica. No campo da tocoginecologia, temos procurado atuar intensamente com esta filosofia envolvendo profícuas parcerias entre a nossa Sociedade, as Secretarias de Saúde e as Escolas Médicas.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba tem se mostrado como uma de nossas grandes parceiras, com um trabalho conjunto no desenvolvimento permanente dos tocoginecologistas, contribuindo fortemente para a promoção de uma invejável qualidade de assistência à saúde da mulher curitibana. O coroamento destas ações em saúde feminina, já ficou evidenciado com o notável Programa Mãe Curitibana, nacionalmente conhecido, tendo determinado uma importante redução nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Coube-me a honra de redigir esta mensagem para o novo Protocolo de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, do Programa Mãe Curitibana da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pois este é um importante instrumento à disposição do tocoginecologista, além dos demais profissionais que atuam na saúde da mulher, para a orientação de seu trabalho. Suas diretrizes estão em consonância com aquelas definidas pela SOGIPA, FEBRASGO, CFM e AMB.

Cremos que, com esta obra, estaremos caminhando, cada vez mais, para a prática de uma medicina resolutive, em que os serviços de assistência terão mais uniformidade, interação e qualidade no atendimento da mulher curitibana.



Dr. Dênis José Nascimento
Presidente da SOGIPA biênio 2002-2003



Introdução

13

Tendo como princípios fundamentais o respeito e a humanização na atenção à saúde da mulher e da criança, Curitiba avança ao implementar o Programa Mãe Curitibana, contribuindo para a melhora da qualidade de atenção às gestantes e aos recém-nascidos.

A implementação do Protocolo de Atenção ao Pré-natal, Parto, Puerpério e a Assistência ao Recém-Nascido, visa apoiar os profissionais no desenvolvimento da gestão da clínica, com enfoque na gestão de patologias. Como também o Protocolo de Planejamento Familiar, têm sido um passo importante para a operacionalização do Programa como um todo.

A gestante tem como referência a Unidade de Saúde mais próxima da sua residência, e no momento da inscrição no pré-natal tem também seu parto assegurado, através de um sistema de vinculação hospitalar. Estruturou-se um processo de detecção precoce de gestação de alto risco que estabelece a vinculação da gestante de risco aos serviços de maior complexidade e garante o monitoramento das mesmas pela unidade de saúde básica.

Os resultados são expressos pela redução da mortalidade materna, infantil e óbitos fetais. Mais que números expressivos, o Programa Mãe Curitibana reafirma o respeito e o compromisso com a vida.



*Assistência
ao Pré-Natal*



I - Assistência ao Pré-Natal

1.1. CAPTAÇÃO, INSCRIÇÃO E VINCULAÇÃO NO PRÉ-NATAL

A porta de entrada para a realização do pré-natal da gestante residente em Curitiba é a Unidade de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (US) mais próxima da sua residência. Toda mulher da área de abrangência da US com história de atraso menstrual de mais de 15 dias, deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

Se o atraso menstrual for maior que 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. Nestes casos deverá ser imediatamente agendada a consulta médica.

As pacientes com TIG positivo deverão ser captadas para o pré-natal, através de agendamento de consulta com o médico ou enfermeiro. As pacientes com TIG negativo deverão agendar consulta com o médico ou enfermeiro, e uma vez identificado o risco reprodutivo, deverão ser inscritas com prioridade no Programa de Planejamento Familiar.

A inscrição da gestante no Programa Mãe Curitibana deve ser realizada pelo médico ou enfermeiro, na primeira consulta de pré-natal, respeitando-se os seguintes passos:

- Abertura do prontuário de pré-natal, vinculação da gestante à maternidade de referência e obtenção do número do SISPRENATAL;
- Avaliação clínico-obstétrica e registro das informações no prontuário;
- Solicitação dos exames complementares de rotina preconizados neste protocolo;
- Entrega da pasta da gestante com orientação dos conteúdos educativos e explicação do funcionamento do programa;
- Registro na carteira da gestante das informações obtidas na consulta, do número do SISPRENATAL e da maternidade de referência;
- Agendamento do retorno.

1.2. AVALIAÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICA

A gestação é um fenômeno fisiológico, e sua evolução se dá na maioria dos casos sem intercorrências. Entretanto, algumas características e circunstâncias, consideradas indicadores de risco, aumentam a probabilidade de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Um dos principais objetivos do pré-natal é a detecção precoce desses indicadores,



através da anamnese, do exame clínico-obstétrico e dos exames complementares para adequada atenção à gestação. Os principais indicadores de risco que devem ser pesquisados na avaliação clínica são:

CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIOCULTURAIS

Hábitos e vícios (fumo, álcool - a partir de duas doses/dia), drogas;
Estado nutricional: desnutrição, sobrepeso;
Idade materna abaixo de 16 anos ou acima de 35 anos.

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

Morte perinatal;
Retardo do crescimento fetal;
Recém-nascidos com malformações;
Recorrência de abortamento;
Multiparidade;
Partos pré-termo;
Cirurgia uterina anterior.

DOENÇAS INTERCORRENTES

Epilepsia;
Pneumopatias;
Hemopatias;
Imunopatias;
Diabetes gestacional e outras endocrinopatias;
Hipertensão arterial sistêmica crônica;
Doenças infecciosas e parasitárias – HIV, sífilis, toxoplasmose, hepatite, tuberculose;
Infecções pélvicas;
Cardiopatias;
Ginecopatias;
Colagenoses;
Infecção urinária.

DOENÇAS OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

Retardo do crescimento intra-uterino;
Trabalho de parto prematuro;
Amniorrexe prematura;
Pré-eclâmpsia - PA > 140 x 90 mmHg, com proteinúria;
Sangramento de origem uterina;
Isoimunização RhD;
Pós-datismo.



1.2.1. ANAMNESE

A ANAMNESE DEVERÁ ENGLOBAL:

- A. História clínica** – queixas, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, condições de órgãos e aparelhos, condições e hábitos de vida, tratamentos em curso;
- B. Antecedentes ginecológicos e obstétricos;**
- C. História obstétrica atual:**
Investigação da data da última menstruação (DUM) para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP):
A IG e a DPP poderão ser obtidas no prontuário eletrônico, no disco obstétrico e/ou calculadas pela Regra de Nägele.

REGRA DE NÄGELE:

Cálculo do dia:

Considerar o dia da data da última menstruação (DUM) e somar 7 para as multíparas ou 10 para as nulíparas.

Cálculo do mês e do ano:

Para as DUM cujo mês esteja compreendido entre janeiro e março – somar 9 ao mês e manter o ano;

Para as DUM cujo mês esteja compreendido entre abril e dezembro – diminuir 3 do mês e somar 1 ao ano;

Em ambas as situações, se a contagem dos dias ultrapassar o número de dias previsto para o mês (28, 29, 30 ou 31), deve-se somar mais 1 ao mês da DUM.

D. Situação vacinal

A vacinação antitetânica é indicada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante. É realizada com a vacina dupla do tipo adulto dT ou na falta desta, com o toxóide tetânico – TT, de acordo com o esquema a seguir:

VACINAÇÃO DA GESTANTE	CONDUTA
Gestante não vacinada ou não sabe informar o passado vacinal	Esquema básico, três doses de dT ou TT*: Duas doses com intervalo de dois meses (mínimo de 1 mês), a primeira o mais precoce possível e a terceira dose seis meses após a segunda; caso só haja tempo para aplicação de duas doses a segunda deverá ser feita no máximo até vinte dias da data provável do parto.

* Se houver reação anafilática sistêmica grave, as doses subseqüentes não deverão ser aplicadas



VACINAÇÃO DA GESTANTE	CONDUTA
Gestante vacinada: • Vacinação incompleta – DT, DTP, dT ou TT** • Reforço	• Completar o esquema básico com o número de 3 doses obedecer o intervalo de dois meses e a data para o término da aplicação*; • A cada dez anos; antecipar a dose de reforço se houver nova gravidez dentro de cinco anos ou mais; esta dose deve ser aplicada até vinte dias antes da data provável do parto.

* Se houver reação anafilática sistêmica grave, as doses subseqüentes não deverão ser aplicadas

**DT – vacina dupla do tipo infantil; DTP- Vacina tríplice contém a mesma concentração de toxóide tetânico e diftérico da vacina dupla infantil e também a *Bordetella pertussis*, que provoca reações alérgicas mais graves se injetados após o sétimo ano de vida; dT - vacina dupla do tipo adulto (tem menor quantidade de toxóide diftérico mas a mesma quantidade de toxóide tetânico que a dupla infantil); TT-toxóide tetânico.

Se houver contra-indicação absoluta ao uso de uma preparação contendo toxóide tetânico e a gestante não tiver completado o esquema básico de imunização contra o tétano e vier a sofrer um ferimento, indica-se somente imunização passiva (soro ou imunoglobulina humana antitetânica).

Os eventos adversos pós-vacinais mais freqüentes são dor, calor, vermelhidão, endurecimento local e febre. A vacina dupla do adulto (dT) deve ser aplicada a partir do sétimo ano de vida. A administração deve ser por aplicação via intramuscular profunda, de preferência no deltóide ou glúteo.

E. Avaliação da saúde mental (capítulo 2)

1.2.2. EXAME CLÍNICO-OBSTÉTRICO

As gestantes com menos de 18 anos devem ter o exame clínico realizado na presença de um auxiliar de enfermagem ou acompanhante, conforme normatização do Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente (SMS-2002)

OS ASPECTOS RELEVANTES DO EXAME CLÍNICO SÃO:

- **Tomada de medidas antropométricas e avaliação nutricional:**

Aferir a estatura na primeira consulta (as adolescentes deverão ser avaliadas a cada 3 meses) e o peso em todas as consultas. Realizar avaliação nutricional conforme descrito no item 1.7;



- Inspeção de pele e mucosas e palpação de tireóide;
- Avaliação dos sinais vitais: aferição de pulso, frequência cardíaca e pressão arterial;
- Avaliação cardiopulmonar;
- Avaliação de membros inferiores;
- Pesquisa de edema em face, mãos, região pré-sacra, membros inferiores.

O EXAME OBSTÉTRICO DEVE DESTACAR:

A. Inspeção e palpação das mamas - avaliar simetria e tipo de mamilos (normais, planos, invertidos); palpar axilas;

B. Avaliação da posição e apresentação fetal no útero materno:

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos;

1 – Delimitar o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer a parte fetal que o ocupa,

2 – Deslizar as mãos do fundo até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto,

3 – Explorar a mobilidade do polo que se apresenta no estreito superior pélvico;

4 – Determinar a situação fetal colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

C. Medida da altura uterina (AU) – visa o acompanhamento do crescimento fetal e a detecção precoce de alterações.

Técnica para a medida da AU:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Fixar uma extremidade da fita métrica sobre a borda superior da sínfise púbica;
- Deslizar a borda cubital da mão e percorrer a linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.

D. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) após a 12ª semana;

Realizar ausculta dos BCF a cada consulta, após a 12ª semana, com o auxílio do detector fetal ultra-sônico (Doptone) ou após a 20ª semana, com o estetoscópio de Pinard.

- Técnica de ausculta com o estetoscópio de Pinard:

Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto, e identificar o dorso fetal;

- Usar o estetoscópio de Pinard, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local correspondente ao dorso fetal, e a outra extremidade junto à orelha do examinador;



Buscar o ponto de melhor ausculta dos BCF;

Controlar o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os fetais (freqüências diferentes);

Contar os BCF por 1 minuto, observando sua regularidade e ritmo - é considerada normal a freqüência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos por minuto;

Anotar no prontuário e na carteira da gestante.

E. Exame dos genitais:

1 – Inspeção e palpação dos genitais externos – palpar região inguinal à procura de linfonodos; avaliar vulva, períneo, intróito vaginal, região anal;

2 – Exame especular - introduzir o espécuro e examinar a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquisar a presença de lesões, infecções, distopias e incompetência istmo-cervical. Em primeiro lugar, quando necessário, coletar material para bacterioscopia em seguida proceder a coleta do exame colpocitológico, e por último realizar o teste das aminas (KOH a 10%);

3 – Toque bimanual – avaliar as condições do colo uterino (permeabilidade), volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorréia) e anexos.

1.2.3. MOBILOGRAMA E TESTE DE ESTÍMULO SONORO SIMPLIFICADO

Em gestações que sugerem um monitoramento mais minucioso mas que ainda podem ser controladas na US, deve-se lançar mão destes procedimentos semiológicos. O mobilograma e o teste de estímulo sonoro simplificado auxiliam na avaliação da vitalidade fetal e podem estar indicados principalmente nas gestações de risco após a 26ª semana gestacional, em final de gestação e nos casos de pós-datismo.

MOBILOGRAMA (*método de registro materno diário de movimentos fetais*):

Consiste na contagem e registro dos movimentos fetais pela própria paciente. Normalmente a gestante relata movimentos fetais a partir do 4º mês. O número de movimentos realizados pelo feto em um dia é de 200 na 20ª semana, 500 na 32ª semana e 300 na 40ª semana. A gestante percebe 80% destes movimentos e deve ser orientada a anotar o número de movimentos do feto percebidos em trinta minutos, devendo fazer a contagem em três momentos do dia (após café da manhã, almoço e jantar), em decúbito lateral esquerdo e com a mão sobre o abdome. Deste controle realiza-se uma média diária.

Normalmente a média é de no mínimo 30 movimentos em 10 minutos. São considerados sinais de alarme, que exigem propedêutica complementar, valores inferiores a 10 no total de movimentos nas três medidas ou uma redução de mais de 50% no número de movimentos de um dia para o outro. Nestas situações, a gestante deve ser orientada a procurar a US ou o hospital de referência.



TESTE DE ESTÍMULO SONORO SIMPLIFICADO (TESS)

Consiste na avaliação da resposta fetal à estimulação sonora com buzina *Kobo* (buzina de bicicleta).

Técnica:

- Colocar a paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
- Palpar o abdome materno para localizar o pólo cefálico fetal;
- Auscultar os BCF com o útero em repouso, por quatro períodos de 15 segundos e calcular a média;
- Realizar o estímulo sônico durante 3 a 5 segundos, colocando a buzina no pólo cefálico fetal. Fazer ligeira compressão no ventre materno durante a estimulação;
- Verificar se durante a estimulação houve ou não movimento fetal visível no ventre materno;
- Repetir a ausculta dos BCF por quatro períodos de 15 segundos, imediatamente após a estimulação, e calcular novamente a média dos BCF.

Interpretação do teste:

Teste positivo - Feto reativo: quando houver aumento de no mínimo 15 BCF em relação à medida inicial e/ou presença de movimento fetal forte e brusco na observação do ventre materno;

Teste negativo - Feto não reativo: quando não houver aumento dos BCF e/ou presença de movimento fetal forte e brusco em duas avaliações consecutivas com um intervalo de no mínimo 10 minutos entre as mesmas. A não resposta fetal ao estímulo sonoro é um sinal de alerta que exige novas investigações.

1.2.4. EXAMES COMPLEMENTARES

O Programa Mãe Curitibana preconiza a seguinte avaliação laboratorial de rotina no pré-natal:

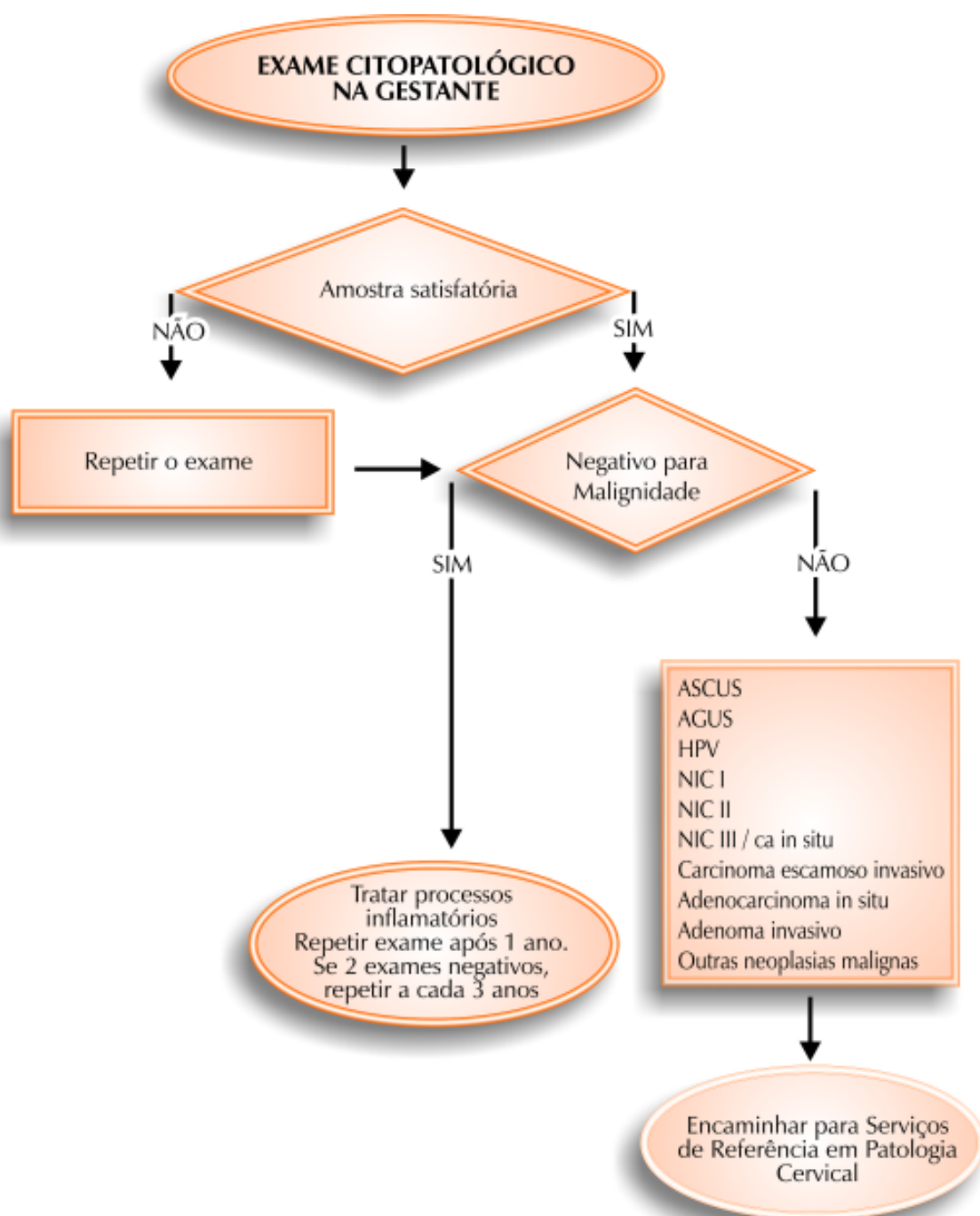
- A. TIG** – solicitar se a amenorréia for menor que 12 semanas;
- B. Eritrograma** - solicitar na 1ª consulta e repetir conforme a necessidade. O hemograma completo poderá ser solicitado;
- C. Tipagem Sanguínea e Fator RhD** - solicitar na 1ª consulta para as gestantes que não tem comprovação da tipagem sangüínea;
- D. Coombs Indireto** - solicitar para todas as gestantes Rh negativo com companheiro Rh positivo ou desconhecido; repetir a cada quatro semanas a partir da 24ª semana;
- E. Parcial de Urina** (pesquisa de elementos anormais/sedimento na urina) e **Sedimento Corado** (bacterioscopia) - solicitar na 1ª consulta e repetir no 2º e 3º trimestres;



- F. Cultura de Urina e Contagem de Colônias** - solicitar para confirmação diagnóstica e controle de cura da infecção urinária;
- G. Glicemia de Jejum** - solicitar na 1ª consulta;
- H. Curva Glicêmica - 02 Dosagens - Oral** - solicitar a partir da 24ª semana, preferencialmente até a 32ª semana;
- I. VDRL** - (investigação de sífilis) – solicitar na 1ª consulta e repetir no 2º e 3º trimestres;
- J. FTA-Abs-** é realizado automaticamente pelo Laboratório Municipal, caso o VDRL seja reagente;
- L. Teste Anti -HIV1 e HIV2 (ELISA)** - oferecer o teste na 1ª consulta e realizar o aconselhamento pré e pós-teste, para toda gestante, independente da situação de risco para a infecção por HIV. A gestante que não aceitar realizar o teste deverá assinar o Termo de Declaração de Recusa do Teste Anti-HIV (portaria 38/2002 da SMS de Curitiba);
- M. CD4 e carga viral** - solicitar para toda gestante HIV positivo;
- N. Sorologia para Toxoplasmose (IgM e IgG)** - solicitar na 1ª consulta e repetir no 2º trimestre e 3º trimestre caso o resultado do exame anterior seja não reagente e a paciente for de alto risco para contrair toxoplasmose, caso seja baixo risco repetir entre a 26ª e 28ª semanas de gestação;
- O. Teste de Aidez de IgG para Toxoplasmose** - realizado automaticamente pelo Laboratório Municipal nos casos de sorologia positiva para IgG e IgM;
- P. Reação de Mantoux ID** (investigação de tuberculose) - solicitar quando houver suspeita clínica;
- Q. HbsAg e HbeAg** (investigação de hepatite B) - solicitar quando houver suspeita clínica e ou fator de risco;
- R. Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora** – mulheres grávidas devem submeter-se como as demais ao exame colpocitológico incluindo a coleta endocervical cuidadosa. Solicitar na 1ª consulta, independente do período gestacional, se o último exame foi realizado há mais de um ano. Esclarecer à gestante que pode ocorrer um pequeno sangramento sem comprometimento das condições fetais. Tratar e reavaliar gestantes com alterações no citopatológico e encaminhar para a referência aquelas cujas lesões persistirem;
- S. Bacterioscopia da Secreção Vaginal** - solicitar em qualquer período da gestação caso exista clínica ou suspeita de infecção vaginal;
- T. Ecografia Obstétrica** - realizar de preferência antes da 24ª semana de gestação para datar corretamente a idade gestacional e investigar possíveis malformações fetais e uterinas, gemelaridade, localização placentária e incompetência istmo-cervical. O exame só deverá ser repetido se houver a presença de intercorrências.



1.2.5. FLUXOGRAMA DO EXAME CITOPATOLÓGICO - PAPANICOLAOU



1.3. CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL QUANTO AO RISCO GESTACIONAL

1.3.1. PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O Pré-natal de baixo risco compreende cerca de 90% das gestações e apresenta baixa probabilidade de intercorrências maternas e/ou fetal, mesmo cursando com alguns indicadores de risco que venham a exigir um maior monitoramento.

1.3.2. PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

O Pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal.

ALTO RISCO MATERNO

- Gestante HIV positivo
- *Diabetes mellitus* e outras endocrinopatias
- Dependência de drogas
- Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG)
- Hipertensão arterial sistêmica crônica
- Nefropatias
- Cardiopatias
- Imunopatias (lúpus e outras colagenosas)
- Síndromes hemorrágicas da gravidez (placenta prévia, descolamento corio-amniótico, descolamento prematuro de placenta)
- Transtornos mentais
- Cirurgia uterina anterior (Incompetência istmo-cervical; 2 ou mais cesáreas, miomectomia, correção de malformações uterinas)
- Epilepsia
- Pneumopatias
- Hematopatias
- Infecção urinária de repetição ou pielonefrite
- Gestante HIV positivo



ALTO RISCO FETAL

- Antecedentes de aborto habitual, parto prematuro e morte intra-útero
- Malformação fetal confirmada, macrosomia do concepto
- Isoimunização RhD
- Gemelaridade sem patologia materna associada
- Retardo do crescimento fetal intra-útero
- Polidrâmnio e oligodrâmnio
- Senescência placentária precoce
- Pós-datismo
- Gestante com toxoplasmose ativa
- Gestante com sífilis
- Gestante HIV positivo

Gestantes com um ou mais destes indicadores de risco na avaliação da primeira consulta ou nas subseqüentes devem ser encaminhadas imediatamente a um serviço de referência de alto risco para avaliação de um especialista.

1.4. ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

Toda gestante da área de abrangência da US inscrita no Programa Mãe Curitibana deverá ser acompanhada pela equipe de saúde. As consultas deverão ser mensais até o 7º mês, quinzenais durante o 8º mês e semanais durante todo o 9º mês até o parto. Um número **mínimo** de 04 consultas médicas e 03 consultas de enfermagem é preconizado como parâmetro de qualidade de assistência ao pré-natal. Este mínimo de consultas deve ser assim distribuído:

- 1 consulta no 1º trimestre;
- 2 consultas no 2º trimestre;
- 4 consultas no 3º trimestre.

A equipe de saúde deve utilizar o mapa de controle de atividades do pré-natal de baixo risco (Anexo 1A) para monitorar as gestantes. A presença de indicadores de risco deve ser investigada em todas as consultas.

Quando houver suspeita ou diagnóstico de alto risco a gestante deverá ser avaliada em um serviço de referência de pré-natal de alto risco. Se este serviço confirmar o risco, determinará a conduta e o local de acompanhamento desta gestante, que será vinculada a uma maternidade de alto risco. As consultas e os exames complementares serão disponibilizados de acordo com a necessidade de cada caso.



Mesmo que a gestante seja assistida em serviços de alto risco, a US básica realizará seu monitoramento até a consulta puerperal. Para tanto, utilizará o mapa de controle de atividades do pré-natal de alto risco (anexo 1B).

Tanto a US quanto o serviço de alto risco são responsáveis pelo correto registro das informações pertinentes (intercorrências, indicadores de risco, medicamentos prescritos e outros) no prontuário e na carteira da gestante. O acompanhamento do pré-natal termina após a consulta puerperal.

A EQUIPE DE SAÚDE DEVE FAZER ENCAMINHAMENTOS ESPECÍFICOS PARA A GESTANTE COM:

- Carência nutricional – fazer inscrição no Programa de Vigilância Nutricional;
- Situações de urgência/emergência – sinais de trabalho de parto, cefaléia, dor abdominal e/ou lombar, disúria com polaciúria e outros sinais de infecção urinária, edema súbito, perda de líquido via vaginal, sangramento via vaginal, febre, redução importante dos movimentos fetais, feto não reativo à estimulação sonora, hiperemese refratária ao tratamento. Encaminhar, de acordo com o risco, diretamente à Maternidade de Referência da Unidade de Saúde;
- Idade inferior a 16 anos - encaminhar para serviço de referência de pré-natal de adolescentes, conforme orienta o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente (SMS- 2002);
- Suspeita ou diagnóstico de transtorno mental – encaminhar para o programa de saúde mental.

1.5. ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES

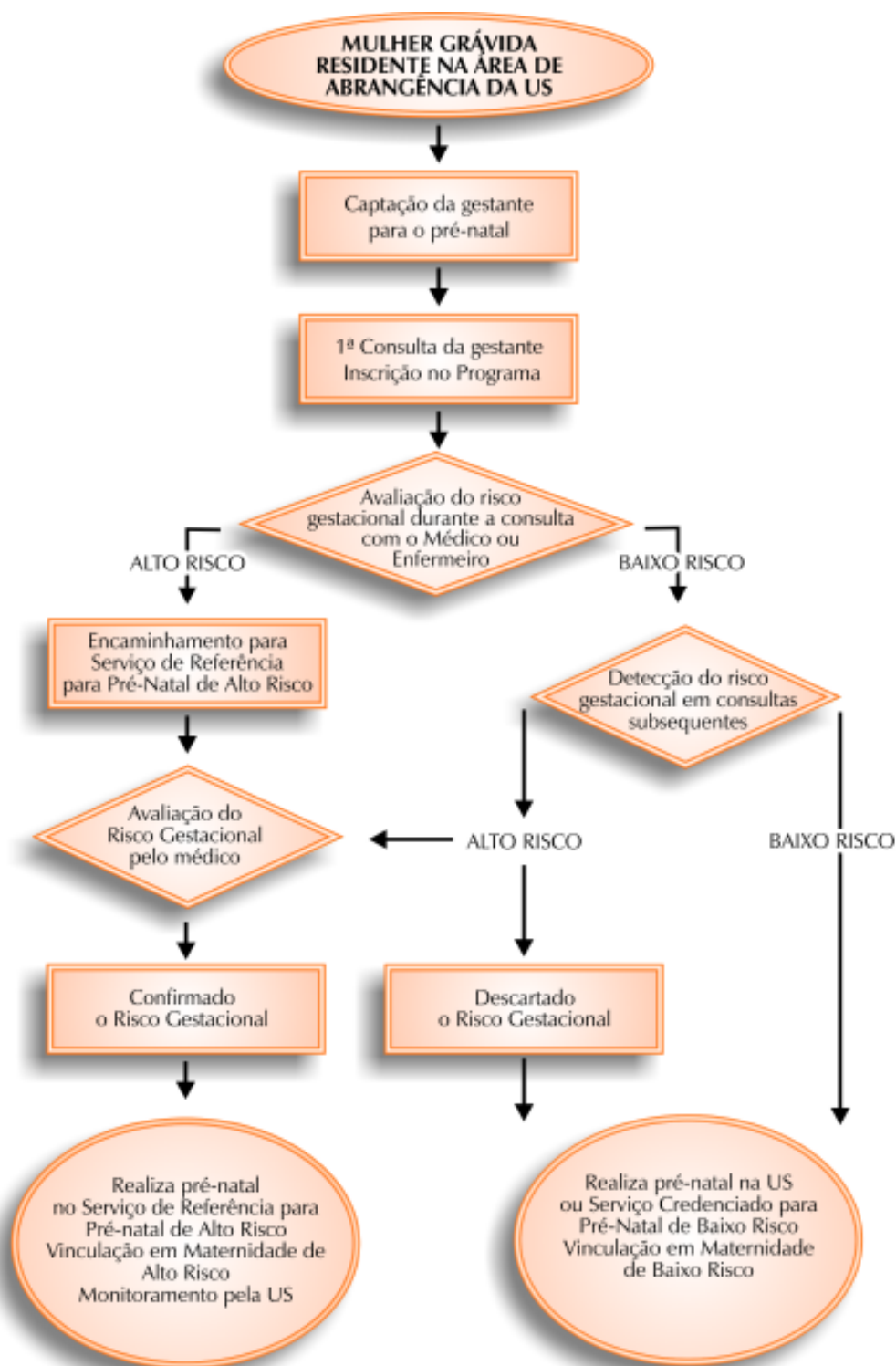
TODAS AS GESTANTES DEVEM SER ORIENTADAS A:

- Portar a carteira da gestante com seu histórico resumido e os exames complementares em todas as avaliações ambulatoriais e hospitalares, tanto eletivas quanto emergenciais, inclusive nas consultas puerperais;
- Participar das oficinas e visitas à maternidade durante o pré-natal;
- Adequar hábitos alimentares de acordo com as orientações nutricionais;
- Preparar-se para o aleitamento materno;
- Procurar a US e/ou maternidade de referência caso ocorram sinais de trabalho de parto e/ou de alerta para emergência tais como cefaléia, dor abdominal e/ou lombar, edema súbito, perda de líquido via vaginal, sangramento via vaginal, febre, redução importante dos movimentos fetais e sinais de infecção urinária.
- Comparecer às consultas agendadas na US e se necessário nos serviços de referência;
- Comparecer às consultas do programa de saúde bucal da US.

O cumprimento do protocolo é a forma mais segura do pré-natalista garantir um bom atendimento à gestante.



1.6. FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL



1.7. ASPECTOS RELEVANTES DA AVALIAÇÃO DA GESTANTE

1.7.1. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional deve ocorrer em todas as consultas do pré-natal, o que permitirá estipular metas mais adequadas de ganho ponderal para cada gestante. A equipe de saúde deve realizar orientação adequada para cada caso, visando a promoção do estado nutricional materno, as melhores condições para o parto e peso adequado do recém-nascido.

Estado nutricional inicial

Baixo peso, sobrepeso e obesidade são condições consideradas de risco nutricional. Por isso, na primeira consulta de pré-natal, o cálculo do índice de massa corporal (IMC), a partir da tomada de medidas antropométricas, permite avaliar o estado nutricional inicial (gráfico 1) das gestantes e identificar aquelas em situação de risco. Esta avaliação deve ocorrer de preferência antes da 13ª semana gestacional. Para tanto é necessário:

Situar a Idade Gestacional (IG) no eixo horizontal do gráfico e o IMC no eixo vertical;

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura x altura (m)}}$$

Marcar o ponto de intersecção dos eixos;

Classificar o estado nutricional inicial em baixo peso (BP), adequado (A), sobrepeso (S) ou obesidade (O).

Os extremos de peso materno no início da gravidez (menor de 45 kg ou maior de 75 kg) são indicadores de risco gestacional.

GANHO DE PESO RECOMENDADO

O ganho ponderal recomendado para cada gestante pode ser estimado a partir do estado nutricional inicial encontrado, variando de acordo com a situação de baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade (quadro 1). Esta estimativa é trimestral no 1º trimestre e semanal nos trimestres subsequentes, com o intuito de detectar e corrigir precocemente um ganho inadequado de peso.

Quadro 1 - Ganho de peso recomendado segundo o estado nutricional inicial diagnosticado na primeira consulta de pré-natal

Hiperemese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes devem ser afastadas em gestantes com baixo peso. Para aquelas com sobrepeso e obesidade deve-se investigar edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. As orientações nutricionais serão individualizadas de acordo com o estado nutricional.



QUADRO 1

ESTADO NUTRICIONAL INICIAL	GANHO DE PESO MÉDIO (kg) RECOMENDADO		
	Total no 1º trimestre	Semanal no 2º e 3º trimestres	Total na gestação
Baixo peso (BP)	2,3	0,5	12,5 – 18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5 – 16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0 – 11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: IOM, 1992, adaptado.

MONITORAMENTO DO GANHO PONDERAL

Em todas as consultas do pré-natal, a equipe de saúde deve atualizar o IMC e a idade gestacional e preencher o gráfico 1. A ligação dos pontos de intersecção no gráfico, forma o traçado de uma curva que pode ser descendente, horizontal ou ascendente e deve ser interpretada como:

- Traçado horizontal ou descendente: ganho de peso inadequado (gestante de risco);
- Traçado ascendente: ganho de peso adequado

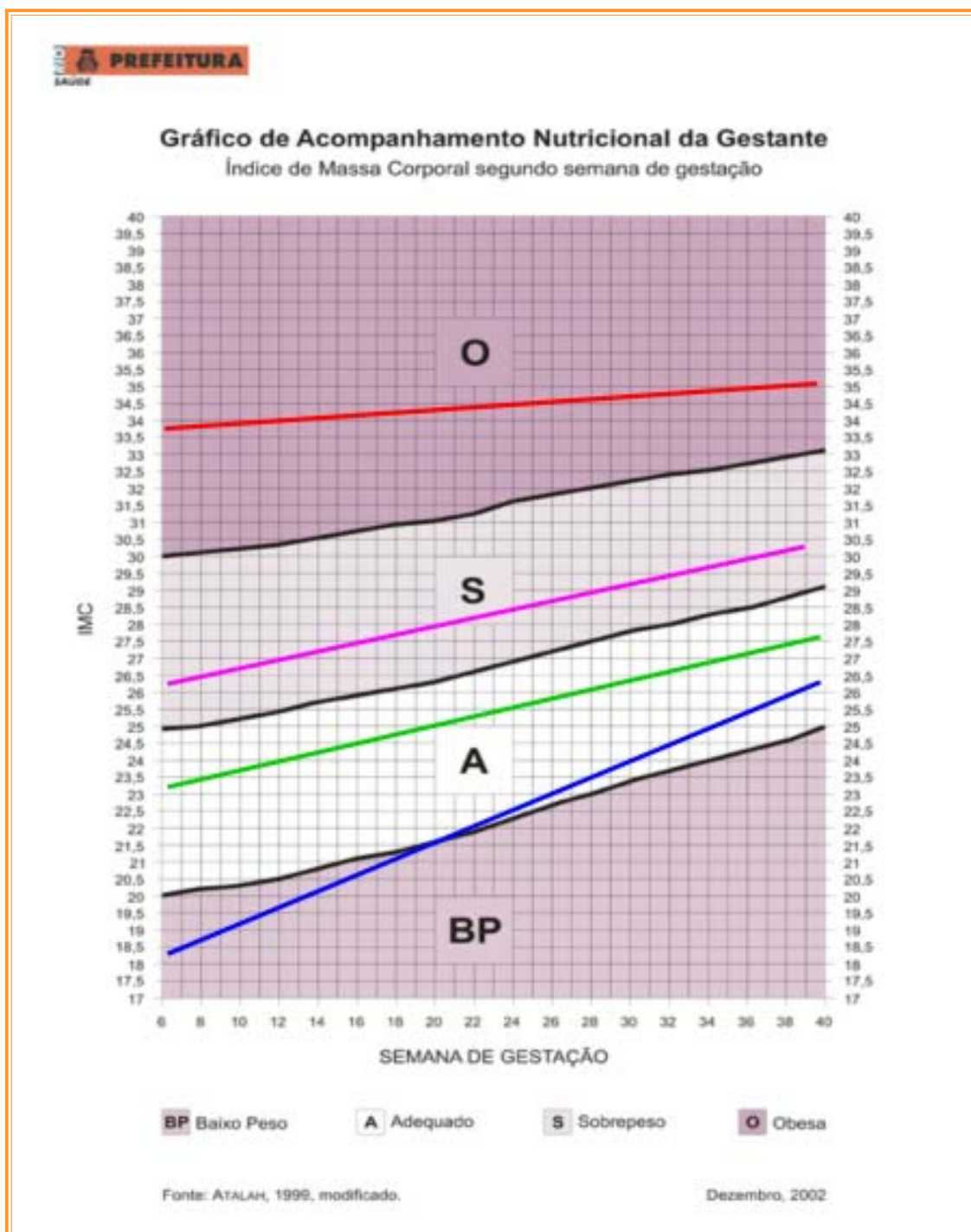
Vale ressaltar que a inclinação recomendada para o traçado ascendente irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme demonstram os exemplos no gráfico 1 e no quadro 2.

QUADRO 2

Estado Nutricional	Exemplo no Gráfico 1	inclinação ascendente da curva*
Baixo Peso (BP)	Linha azul	Maior que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.
Peso Adequado (A)	Linha verde	Paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.
Sobrepeso (S)	Linha rosa	Semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à curva que delimita a parte superior desta faixa, a depender do seu estado nutricional inicial.
Obesidade (O)	Linha vermelha	Semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.

* Para qualquer estado nutricional inicial o traçado deve ser sempre ascendente.





Linhas azul, verde, rosa e vermelha são exemplos da inclinação recomendada do traçada para gestante com baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade respectivamente



ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

A orientação nutricional para a gestante tem como principais objetivos:

- Satisfazer as necessidades nutricionais da mãe,
- Preparar adequadamente o organismo materno para o parto,
- Fazer reserva calórica para o aleitamento materno,
- Satisfazer as necessidades nutricionais do crescimento fetal.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Nas consultas de pré-natal é importante orientar a gestante para:

- Adequar o fracionamento da alimentação, procurando fazer 6 refeições ao dia – café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia;
- Diminuir o volume das refeições caso haja excesso;
- Moderar o consumo de café, chá e mate;
- Moderar o consumo de sal iodado;
- Consumir 2 litros de água por dia ou mais, preferencialmente entre as refeições;
- Evitar o consumo de “calorias vazias” como doces, balas, tortas, refrigerantes, chocolates, alimentos gordurosos e salgados, frituras, molhos cremosos e bebidas alcoólicas;
- Desencorajar o consumo de adoçantes, assim como alimentos diet e light. Pode-se recomendar, com cautela, o uso de aspartame, sucralose e stévia pura;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitaminas A, C, E e do complexo B e minerais como ferro, iodo, cálcio, zinco entre outros (quadro 3);
- Recomendar a suplementação de ferro (60 mg de ferro elementar ao dia) rotineiramente para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação (OMS, 2001).

Quadro 3 – Vitaminas e minerais de importância durante a gestação e lactação, com suas respectivas fontes.

QUADRO 3

VITAMINA	PRINCIPAIS FONTES
B6 ou Piridoxina	Grãos integrais, levedura, germe de trigo, legumes e miúdos.
B12 ou Cianocobalamina	Leite, ovo, queijo e especialmente fígado.
B1 ou Tiamina	Carne de músculo, carnes magras e de aves doméstica, gema de ovo, peixe, leguminosas.
Ácido fólico	Espinafre, fígado, rins, nozes, cereais integrais, lentilha, ovos, legumes, frutas cítricas, morangos e verduras frescas.
C ou Ácido Ascórbico	Frutas cítricas (laranja, limão, acerola e kiwi) e verduras cruas.
D ou Calciferol	Peixes e óleo de fígado de bacalhau.
E ou Tocoferol	Óleos vegetais (principalmente de germe de trigo e de milho)
K ou Menadiona	Espinafre, repolho, tomate e fígado de porco.



QUADRO 3

MINERAIS	PRINCIPAIS FONTES
Ferro	Fígado, carnes, peixes, gema de ovo, leguminosas, grãos integrais ou enriquecidos, vegetais verde-escuros, melado de cana
Zinco	Leguminosas, gema de ovo e carnes em geral
Iodo	Sal iodado de cozinha e algas marinhas
Cálcio	Leite e derivados e gema de ovo
Fósforo	Carnes, ovos, leites e seus derivados
Flúor	Água tratada
Magnésio	Leite, folhas verdes, vagem, mandioca, feijão, nozes, chás
Sódio	Sal de cozinha, frutos do mar, alimentos de origem animal, leite e ovos

Alimentar-se de acordo com os princípios da alimentação saudável:

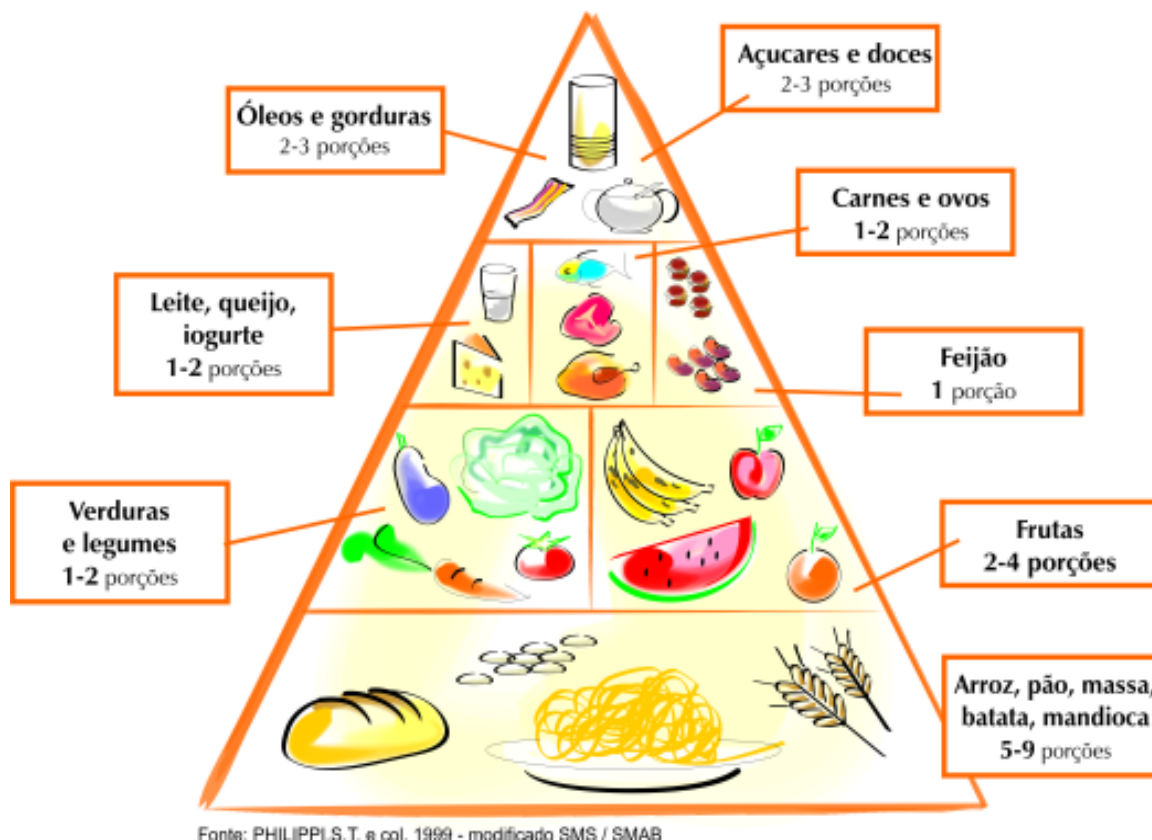
Variedade: é importante comer diferentes tipos de alimentos pertencentes aos diversos grupos; observando a qualidade dos alimentos;

Moderação: não se deve comer nem mais nem menos do que o organismo precisa; é importante estar atento à quantidade certa de alimentos;

Equilíbrio: quantidade e qualidade são importantes; o ideal é consumir alimentos variados, respeitando as quantidades de porções recomendadas para cada grupo. Ou seja, “comer de tudo um pouco”.

As orientações do Guia Alimentar da Pirâmide de Alimentos são preconizadas atualmente como indicativo de uma alimentação saudável.





OS GRUPOS DE ALIMENTOS DA PIRÂMIDE

A pirâmide alimentar adaptada reúne os alimentos em oito grupos de acordo com o nutriente que mais se destaca na sua composição e sugere o número recomendado de porções por grupo, para consumo diário.

Grupo dos cereais, pães, tubérculos e raízes: fonte de carboidratos.

Grupo das hortaliças e frutas: fonte de vitaminas e minerais.

Grupo das carnes e ovos: fonte de proteínas, ferro e vitaminas.

Grupo das leguminosas: fonte de proteínas vegetais.

Grupo do leite e produtos lácteos: fonte de proteínas, cálcio e vitaminas.

Grupo dos óleos e gorduras (fonte de gorduras) e **açúcares e doces** (fonte de carboidratos). Cabe lembrar que apesar dos óleos e açúcares estarem no topo da Pirâmide, eles também estão presentes na composição e na preparação dos alimentos, daí a sua presença em todos os níveis da Pirâmide.



Na tabela abaixo pode-se observar o número de porções diárias recomendado durante a gestação (2.200 kcal), e o que representa uma porção de cada grupo. Deve-se espalhar as porções de cada grupo durante o dia. Também é importante variar os alimentos dentro de cada grupo. Dependendo do estado nutricional da gestante pode-se alterar o número de porções recomendadas. Para gestantes com baixo peso, o consumo de alimentos do grupo de cereais pode ser aumentado, enquanto que para gestantes obesas, o consumo deve ser menor.

Nº DE PORÇÕES DOS GRUPOS DA PIRÂMIDE	CEREAIS	7	O QUE É UMA PORÇÃO DE CADA GRUPO?	1 pão francês; 3 ½ colheres de sopa de macarrão cozido; 4 colheres de sopa de arroz cozido; 3 ½ colheres de sopa de farinhas; 5 biscoitos <i>cream cracker</i> ; 1 fatia de bolo; 1 e ½ batata; 3 colheres de sopa de batata doce cozida; 3 colheres de sopa de mandioca cozida.
	HORTALIÇA	4 ½		15 folhas de alface; 2 colheres de sopa de beterraba crua; 3 colheres de sopa de cenoura crua picada; 4 fatias de tomate.
	FRUTAS	4		½ banana; ½ fatia de abacaxi; 1 laranja; ½ copo de suco de laranja; ½ maçã; 1 fatia de mamão.
	LEITE	3		1 ½ copo de leite; 1 pote de iogurte; 1 ½ fatia de queijo de minas; 2 fatias de queijo prato.
	CARNES	1 ½		1 fatia de carne de boi cozida; 1 filé de frango grelhado; 1 filé de peixe cozido; 1 fatia de porco assado; 2 ovos fritos.
	LEGUMINOSAS	1		1 concha de feijão; 1 ½ colher de sopa de grão de bico; 2 colheres de sopa de lentilha ou soja.
	ÓLEOS	1 ½		1 colher de sopa de óleo de soja; ½ colher de sopa de manteiga ou margarina.
	AÇÚCARES	1 ½		1 colher de sopa de açúcar; 2 ½ colheres de sopa de mel.



ORIENTAÇÕES PARA ADEQUAÇÃO DO GANHO PONDERAL

As orientações nutricionais deverão ser ajustadas de acordo o ganho de peso verificado nas consultas do pré-natal, conforme demonstra o quadro 4.

Quadro 4 - Orientações nutricionais em função do ganho ponderal durante o acompanhamento do pré-natal.

QUADRO 4

GANHO PONDERAL	ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS
Adequado	Manter a dieta habitual e seguir orientações gerais para gestantes.
Inferior ao recomendado	Se alimentação adequada - aumentar a quantidade total dos alimentos; Aumentar alimentos do grupo dos cereais; Acrescentar 2 colheres de chá de óleo vegetal no almoço e jantar; Verificar a necessidade de suplementos e complementos nutricionais.
Superior ao recomendado	Reduzir alimentos do grupo dos cereais; Reduzir alimentos gordurosos; evitar frituras, preparações concentradas em açúcar, óleos e azeite; retirar peles e gorduras visíveis das carnes; Optar por grelhados, assados, cozidos e ensopados, Restringir açúcar a 2 colheres de chá, 3 vezes ao dia (café da manhã, lanche e ceia); Estimular o consumo de saladas no início da refeição (almoço e jantar); Utilizar vinagre, ervas, limão e salsa; Aumentar a ingestão de fibras, vegetais e frutas, de preferência crus.

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

ADOLESCENTE

A gestante adolescente deve ser considerada como de risco nutricional. A interpretação da classificação do estado nutricional deve ser flexível e considerar a especificidade deste grupo. Se a gravidez ocorre a partir de 2 anos da menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente a das adultas, ao passo que se ocorre há menos de dois anos, muitas gestantes serão classificadas como de baixo peso. Nestes casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente.

Deve-se verificar a altura da grávida adolescente a cada 3 meses e se houver parada do crescimento, deve-se orientar o aumento da ingestão calórica e seguir as orientações para ganho de peso inferior ao recomendado.

GESTAÇÕES MÚLTIPLAS E GESTANTES COM BAIXA ESTATURA

Em caso de **gestação múltipla**, é importante que se esclareça e tranquilize a gestante quanto à necessidade de ganho ponderal maior que na gestação única, com ganho semanal recomendado de 0,75 kg no 2º e 3º trimestres.



Para gestantes com **estatura inferior a 1,57 m**, o ganho de peso deve estar no limite mínimo da faixa recomendada.

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NO PUERPÉRIO

O processo de lactação tem um custo energético elevado e as necessidades nutricionais diárias são superiores às da gestação, principalmente no aleitamento exclusivo durante vários meses. O estado nutricional materno influencia principalmente o volume de leite produzido. No entanto, mesmo para mães desnutridas ou com consumo alimentar inadequado, o aleitamento materno exclusivo continua sendo a melhor forma de alimentação nos primeiros 6 meses de vida do bebê.

A equipe de saúde deve investir na qualificação da alimentação da nutriz e orientar:

- O consumo de 1 alimento de cada grupo básico em 6 refeições diárias;
- O aumento do consumo de líquidos durante a fase de lactação;
- O uso de complementos e/ou suplementos nutricionais, quando indicado, para nutriz com consumo alimentar inadequado;
- O cuidado com mitos sobre alimentos que provocam alergias alimentares e cólicas do recém-nascido. A eliminação desses alimentos da dieta não é recomendada, a menos que haja evidência de intolerância ou sensibilidade ao alimento consumido;
- A correta substituição de alimentos eliminados da dieta, visto que são, em geral, alimentos ricos em proteínas e em outros nutrientes como é o caso do leite e derivados, peixes e ovos;
- Há controvérsias sobre o consumo de determinados alimentos e sua influência sobre a composição do leite humano como certos condimentos e alimentos ricos em enxofre.
- A nutriz pode ser submetida à dieta de emagrecimento desde que a programação de perda de peso não seja superior a 2 kg por mês e de forma que se garanta o atendimento às necessidades de micronutrientes. Dietas com menos de 1.800 kcal/dia podem não alcançar as recomendações de vitaminas e minerais;
- Desencorajar a utilização de bebidas alcoólicas, pois pode prejudicar a ejeção do leite, além de haver evidências da passagem do álcool para o leite materno;
- Desencorajar a utilização de café e alimentos com cafeína (refrigerantes à base de cola, chá preto, chocolate), pois podem influenciar no teor de ferro do leite materno;
- Deve-se dar ênfase à seleção de fontes alimentares de micronutrientes, em especial, vitaminas A e C e minerais como cálcio e fósforo (quadro 1), cujas necessidades são mais expressivas.

1.7.2. ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Após este período, deve-se iniciar a introdução de novos alimentos, podendo se estender a amamentação por dois anos ou mais, desde que a mãe e a criança o desejem.



Uma equipe de saúde capacitada a aconselhar gestantes e seus familiares sobre o aleitamento materno pode influenciar significativamente a incidência de amamentação na comunidade onde atua. Este aconselhamento deve ocorrer em todas as etapas do pré-natal e durante este processo é importante usar uma linguagem de fácil compreensão, oferecer o apoio necessário à família e sanar as dúvidas existentes. Conceitos e experiências anteriores devem ser investigados durante o pré-natal assim como o estado nutricional e os hábitos alimentares da gestante. Deve-se respeitar a disposição e a disponibilidade da mãe para amamentar e fortalecer a crença em sua capacidade de suprir as necessidades do bebê.

A cada consulta do pré-natal, a gestante deverá ser orientada sobre os cuidados com as mamas. Recomenda-se o uso de sutiã com alças curtas, para manter as mamas elevadas, a partir do primeiro trimestre de gestação. No segundo trimestre, orienta-se a exposição das mamas aos raios solares, durante 15 minutos, antes das 10 e após as 16 horas. Uma alternativa é a exposição aos raios ultravioleta, com uma lâmpada de 40 watts mantida a um palmo de distância das mamas, durante o mesmo período de tempo. No terceiro trimestre, recomenda-se o uso de sutiã com orifício central (SUPERTRAUMA) para exposição do mamilo e aréola, preparando uma pega adequada. O uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser desaconselhado.

Os fatores que interferem na produção de leite materno são: o início da amamentação logo após o parto (ainda na sala de parto), sempre que possível; a sucção do mamilo e o esvaziamento da glândula mamária, em decorrência da elevação dos níveis séricos de prolactina; o alojamento conjunto que deve ser estimulado pois permite que o bebê seja amamentado sempre que tiver fome e durante o tempo que quiser.

Orientações sobre a prevenção e o tratamento de intercorrências durante a amamentação, como fissuras, ingurgitamento mamário e mastites. Proibir o aleitamento cruzado devido ao risco de transmissão de doenças como HIV, hepatite e tuberculose são fundamentais.

MAMILOS PLANOS E INVERTIDOS

Gestantes com mamilos planos ou invertidos devem ser orientadas a realizar algumas manobras para torná-los mais salientes, o que facilita a sucção e diminui a possibilidade de bicos sensíveis e doloridos.

Segurar os seios entre as mãos e fazer massagens na direção dos bicos, puxar os bicos várias vezes, com cuidado para não se ferir;

Esfregar os mamilos levemente após o banho com tecido macio, deixando-os expostos ao ar por alguns minutos;

Tracionar o mamilo uma vez ao dia até que o mamilo se torne protuso, usando uma seringa plástica de 20 ml. Para tal, retirar o êmbolo da seringa, cortar a extremidade que adapta a agulha, introduzir o êmbolo na extremidade cortada, apoiar a extremidade livre sobre a aréola/mamilo e puxar suavemente o êmbolo.

AMAMENTAÇÃO NA MATERNIDADE

A equipe de saúde da maternidade deve incentivar a amamentação ainda na sala de parto, na dependência das condições materno-fetais e prestar as primeiras orientações quan-



to à pega e à melhor posição para a amamentação neste momento. Ao saírem da sala de parto, se possível, mãe e filho devem permanecer juntos, propiciando a mamada já nos primeiros 30 minutos de vida do bebê. Neste período a mãe poderá ter o apoio de um familiar.

Deve ser realizado alojamento conjunto sempre que possível, permitindo que o bebê tenha acesso à mama em livre demanda. Durante a permanência na maternidade deve-se procurar:

- Promover uma parceria de confiança entre a mãe e a equipe hospitalar, auxiliando-a para que se sinta mais segura neste início da amamentação e a tornar-se independente nos cuidados com o bebê;
- Incentivar a participação nas aulas sobre aleitamento materno ministradas na maternidade;
- Orientar a amamentação com atenção às medidas técnicas que podem auxiliar no sucesso do aleitamento materno;
- Orientar, no momento da alta, o retorno à US, no período de até 10 dias após o parto, para a consulta puerperal.

TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

- Lavar as mãos com água e sabão antes e após as mamadas;
- A higiene das mamas no banho diário da mãe é suficiente;
- Acomodar-se em posição confortável, de preferência apoiando os pés;
- Massagear a mama com movimentos circulares pequenos, iniciando da base para a aréola, para facilitar a descida do leite;
- Fazer expressão do mamilo para certificar-se da presença do leite e comprimir a aréola, tornando-a macia e flexível para facilitar uma pega adequada;
- Oferecer o seio à criança e verificar se a posição do bebê e a pega estão corretos;
- O abdome do bebê deve encostar no abdome da mãe;
- A cabeça do bebê deve estar mais elevada em relação ao tórax a fim de evitar refluxo de leite para a tuba de Eustáquio, prevenindo o aparecimento de otites;
- A criança deve abocanhar o mamilo e toda a aréola;
- A borda do seu lábio inferior deve estar virada para fora e o seu queixo deve encostar no peito da mãe (boca de peixinho);
- Deve-se evitar a posição dos dedos em tesoura sobre a mama, uma vez que pode obstruir a passagem do leite por compressão dos ductos lactíferos;
- Oferecer as duas mamas alternadamente, iniciando pela última ofertada na mamada anterior, favorecendo assim o seu completo esvaziamento;
- Ao término da mamada, interromper a sucção colocando o dedo mínimo no canto da boca do bebê, afastando e liberando o mamilo da pressão da sucção;
- Deixar o bebê no colo, de pé, por alguns minutos, para facilitar a eructação e evitar a broncoaspiração;



INTERCORRÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO

Durante a amamentação poderão surgir intercorrências como mamilos sensíveis e doloridos, ingurgitamento mamário, fissuras, mastites, abscessos e diminuição temporária do leite. Entre os fatores associados a estas intercorrências estão:

- Ansiedade da mãe e da família;
- Alimentação inadequada da mãe;
- Doenças maternas como febre, gripe, anemia, infecções, transtornos mentais;
- Uso de medicamentos que podem interferir na produção do leite materno;
- Ausência de orientação adequada;
- Falta de preparação das mamas no pré-natal;
- Inexistência do alojamento conjunto nas maternidades e hospitais;
- Amamentação com técnica inadequada - tempo de sucção insuficiente com consequente esvaziamento deficiente das mamas, o que impede o estímulo à produção adequada do leite;
- Introdução precoce da mamadeira ou alimentação mista.

A principal consequência das intercorrências na lactação é o desmame precoce. Para evitá-lo, cabe à US supervisionar o aleitamento materno de todas as puérperas inscritas no Programa Mãe Curitibana, detectando e intervindo precocemente em situações de risco como:

GANHO DE PESO INADEQUADO DO BEBÊ

Deve-se estimular o bebê a esvaziar bem uma das mamas; aumentar o número das mamadas ou complementar com o próprio leite materno ordenhado, oferecendo através de copinho ou colher pequena.

FISSURAS

Ocorre quando a pega é inadequada, geralmente porque a mama está muito ingurgitada ou quando o bebê é muito pequeno e sua boca não consegue envolver toda a aréola. Pode ocorrer sangramento, o que não impede a amamentação. Se a fissura for muito grande e dolorida, suspender a amamentação na mama mais afetada durante 24 a 48 hs e esgotá-la manualmente para evitar o ingurgitamento; oferecer o leite esgotado ao bebê através de copinho ou colher pequena. Expor as mamas aos raios solares ou raios ultravioletas (lâmpada de 40 watts) como descrito anteriormente. Evitar lavagens excessivas e o uso de medicamentos ou produtos tópicos nos mamilos como pomadas e cremes.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Deve-se manter o aleitamento, reduzir os intervalos das mamadas; massagear as mamas antes das mamadas e ordenhá-las ao término das mesmas. Evitar compressas quentes.

MASTITES

Encaminhar as lactantes com mastites ao PROAMA, acompanhadas do bebê, onde serão orientadas.



ABSCESOS MAMÁRIOS

Encaminhar à maternidade de referência para drenagem e tratamento com cefalexina 500 mg, VO, de 6 em 6 horas, durante 7 a 10 dias. Orientar amamentação na mama contralateral e esgotamento manual da mama afetada. Comunicar ao PROAMA.

TÉCNICA DE ESGOTAMENTO DAS MAMAS

Existem situações em que a mãe não poderá amamentar seu bebê ao seio (bebê em UTI, por exemplo), havendo necessidade de esgotamento das mamas. A mãe deve ser orientada a preferir a expressão manual, procurando lavar as mãos com água e sabão e limpar os mamilos e aréolas.

Para acondicionar o leite materno, deve-se utilizar um recipiente de vidro, com tampa plástica, sem papelão. O mesmo deve ser lavado com água e sabão e fervido por 15 minutos. Guardar o vidro com o leite em geladeira (24 horas), congelador de geladeira (7 dias) ou freezer (1 mês), desde que o congelamento seja imediato. Uma vez descongelado, não deve ser recongelado.

Antes de oferecer ao bebê, deve-se aquecer o leite em banho-maria até 36°C, evitando a fervura.

TÉCNICA DE RELACTAÇÃO

Nos casos de desmame há menos de 15 dias ou de aleitamento misto é importante tentar reiniciar a lactação, se a mãe assim o desejar. O reinício pode ser feito de duas formas:

A) Deixar a criança sugar ambas as mamas em todos os horários das mamadas (15 minutos em cada mama) e complementar com leite de vaca em colheradas, reduzindo a quantidade oferecida à medida em que aumente a sucção do leite materno;

B) Colocar o leite numa seringa ou outro recipiente, ligado a uma sonda flexível fixada ao seio, próxima ao mamilo. Este recipiente deve ficar numa posição mais elevada que o seio materno. A sucção concomitante do mamilo e da sonda permitem a alimentação do bebê e a estimulação da produção do leite materno.

CONTRA-INDICAÇÕES DA AMAMENTAÇÃO

Algumas situações de saúde podem ocasionar um impedimento temporário da lactação e quando resolvidas, a mãe pode voltar a amamentar. Entretanto, há contra-indicação absoluta ao aleitamento materno nos seguintes casos:

Criança com fenilcetonúria/ galactosemia;

Mãe com HIV/AIDS (inscrever a criança no Programa de Vigilância Nutricional);

Mãe com diagnóstico de varicela (5 dias antes e 3 dias após o parto),

Herpes mamilar (temporariamente, enquanto persistirem as lesões);

Mãe em uso de agentes antineoplásicos, iodo radioativo, propiltiuracil (antitireoidiano), lítio, cloranfenicol, tetraciclina, anticoagulantes (exceto heparina).



SITUAÇÕES ESPECIAIS:

Mãe com tuberculose bacilífera não tratada ou tratada há menos de 3 semanas do parto: amamentar com máscara e lavar cuidadosamente as mãos antes de manipular o bebê. Reduzir o contato entre mãe e filho.

Mãe com Hanseníase - Não há contra-indicação à administração de poliquimioterápicos para tratamento da hanseníase na gestação e durante a amamentação. Entretanto, os recém-nascidos podem apresentar hiperpigmentação da pele devido à clofazimina. Este efeito regride gradualmente após a interrupção da poliquimioterapia.

1.7.3. SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais que ocorrem na gestação ou no pós-parto podem ser a primeira manifestação psiquiátrica ou o agravamento ou ainda a recaída de transtornos prévios. O parto é um fator estressor que pode precipitar depressão, mania, psicoses reativas e esquizofrenia.

A associação de fatores como exposição a substâncias psicoativas intra-útero, desnutrição, infecções, relações familiares ou profissionais conflitantes, abandono, exposição a eventos negativos, experiências adversas e falta de apoio social, aumentam o risco para a saúde mental materna.

O pré-natal oportuniza a prevenção, detecção e o tratamento precoce de transtornos mentais na gestação. Durante as consultas e as oficinas do pré-natal, a equipe de saúde pode detectar a presença de fatores de risco assim como de alterações sugestivas de comprometimento da saúde mental. É importante observar aparência geral, interação com o examinador, atividade psicomotora, estado emocional, linguagem, presença ou não de alucinações, nível de consciência, características do pensamento (conteúdo, velocidade, preocupações, obsessões, agressividade), orientação e memória.

TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

Dentre os Transtornos de Humor que acometem as gestantes, a depressão é um quadro freqüente e deve ser investigado. Para Evans (2001), a Depressão Pós-Parto (puerperal) não parece ser uma síndrome distinta da depressão que ocorre durante a gestação mas sim uma continuidade da mesma. Caracteriza-se principalmente pelo humor deprimido, com um sentimento profundo de tristeza, fadiga e perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas. Outros sintomas englobam alteração do apetite, idéias auto-agressivas ou suicidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, pessimismo e sentimento de culpa e desamparo.

A Depressão Pós-Parto é um Transtorno de Humor de grau moderado a severo que se inicia dentro de seis semanas após o parto. Apresenta uma prevalência de 15 a 20%, sendo maior nas mulheres com história prévia de transtornos afetivos como disforia pré-menstrual, depressão antes e/ou durante a gestação. Ocorre com maior freqüência em adolescentes (Piyasil, 1998) e mulheres com dificuldades adaptativas à gestação (Sugawara, 1997) devido à gravidez não desejada, situação civil irregular, gravidez repudiada por



familiares e carência social. Entretanto, é necessário diferenciá-la da reação depressiva normal que ocorre após o parto.

A reação depressiva pós-parto tem sido relacionada com mudanças rápidas dos níveis hormonais. Acomete cerca de 50% das puérperas, surge geralmente nos primeiros dias após o parto e costuma cessar em duas semanas. Caracteriza-se por tristeza, disforia, choro freqüente, dependência, fadiga, ansiedade e não causa danos significativos à puérpera e seus familiares.

A Psicose Puerperal considerada atualmente como um Transtorno de Humor (CID 10) é um quadro delirante, grave e agudo, com prevalência de 0,1 a 0,2% das puérperas. Surge de 2 dias a 3 meses após o parto com confusão mental, incoerência, desconfiança e preocupações obsessivas sobre sua saúde e a do bebê. A evolução é variável e cerca de 50% dos casos cursam com delírios, 25% com alucinações, 4% com suicídio e 5% com infanticídio.

Gestantes e puérperas com episódios maníacos do Transtorno Bipolar podem apresentar humor eufórico, exagerada sensação de bem estar, agitação psicomotora e prejuízo do julgamento. Muitos destes quadros podem não ser diagnosticados e comprometer o desenvolvimento e segurança do bebê.

Os quadros de Transtorno de Humor durante ou após a gestação podem estar associados a disfunções tireoideanas, síndrome de Cushing, eventos periparto como infecção, toxemia e perdas sangüíneas; também ao uso de medicamentos como anti-hipertensivos, escopolamina e meperidina. O médico deve estar atento para descartar estas situações.

TRATAMENTO

O intercâmbio entre obstetras e psiquiatras deve ser incentivado para assegurar o melhor resultado possível para a mãe e o bebê. Deve-se considerar o risco de implicações fetais decorrentes do uso de medicamentos pela gestante assim como os riscos advindos de transtornos mentais não tratados.

Gestantes com transtornos de humor ou de ansiedade podem apresentar efeitos danosos sobre suas futuras funções maternas, no momento do parto e no período neonatal. Estudos retrospectivos em seres humanos (Weinstock, 2001) sugerem que o estresse materno crônico, durante a gravidez, associa-se a níveis elevados de hormônio liberador de corticotrofina (CRH), de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e de cortisol. Esses hormônios podem aumentar a probabilidade do nascimento de prematuros, de atraso no desenvolvimento infantil e alterações comportamentais nas crianças.

Nos casos de depressão leve, o acompanhamento ambulatorial na US, e o apoio familiar podem ser suficientes mas os casos moderados e graves assim como outras patologias devem ser encaminhados a serviços de referência em saúde mental, pois o tratamento medicamentoso pode ser imprescindível (McGrath, 1999). Em qualquer situação, a psicoterapia individual e familiar é benéfica.

Os antipsicóticos devem ser evitados no primeiro trimestre, mas quando necessário, recomenda-se o uso de haloperidol ou trifluoperazina. Vários autores concordam que o uso de antidepressivos tricíclicos e de inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) antes, durante e após a gestação é indicado na prevenção e/ou tratamento de transtornos afetivos (Schou, 1998). O uso de inibidores da monoaminoxidase (IMAO) é contra-indicado.



O uso de estabilizadores de humor como o lítio é controverso.

Mulheres portadoras de transtornos mentais devem ser aconselhadas, no programa de planejamento familiar, a usar métodos anticoncepcionais de alta eficácia ou definitivos.

Se houver o desejo de engravidar, a mulher e seus familiares devem ser orientados sobre os riscos decorrentes tanto do uso de medicamentos durante a gestação quanto da retirada dos mesmos. Deve haver o aconselhamento sobre o padrão genético dos transtornos mentais e sobre o alto risco de recaída de alguns quadros na gravidez e no pós-parto.

Para mulheres com Transtorno Bipolar tipo II, onde prevalecem episódios de euforia, ou com episódios isolados de moderada severidade, recomenda-se a retirada progressiva da medicação em 3 a 5 dias (Alexis, 1998; Adele, 2000). Já nos casos de episódios graves ou nas cicladoras rápidas, deve-se permanecer em tratamento medicamentoso, preferindo-se a monoterapia com a menor dose efetiva.

O lítio é contra-indicado no primeiro trimestre de gestação e a sua retirada deve ser progressiva. No entanto, o índice de recaídas nos 6 meses após sua interrupção é em torno de 50%. Pode ser utilizado no terceiro trimestre mas seu uso no puerpério contra-indica a amamentação.

O quadro 5 descreve os principais agentes farmacológicos empregados no tratamento de transtornos mentais e seus efeitos adversos sobre a gestante e o conceito. As informações sobre a classificação de risco de teratogenicidade (*Food and Drug Administration*) e sobre o uso durante a lactação (anexo III) referem-se aos medicamentos da Farmácia Curitibana.

Quadro 5 – Medicamentos utilizados no tratamento de transtornos mentais e consequências potenciais à saúde materno-infantil.

QUADRO 5

GRUPO	FARMÁCIA CURITIBANA	CONSEQUÊNCIAS
Antipsicóticos de alta potência (haloperidol, flufenazina, penfluridol, pimozida, pipotiazina, zuclopentixol)	haloperidol	Malformações especialmente se usado entre a 6ª e a 10ª semana. Mortes fetais decorrentes da suspensão do tratamento. *Gravidez: Categoria C. *Lactação: Excretado no leite materno; uso controverso na amamentação; efeitos desconhecidos sobre o lactente.
Antipsicóticos de baixa potência (clorpromazina, levomepromazina, sulpirida, tioridazina, trifluoperazina, amisulprida)	clorpromazina, levomepromazina	Icterícia, movimentos extrapiramidais, hiper e hiporreflexia no recém-nascido quando usado no 3º trimestre *Gravidez: Categoria C (contra-indicado principalmente no primeiro trimestre). *Lactação: Excretados no leite materno, não recomendados durante a lactação pelo risco de sedação.



QUADRO 3

GRUPO	FARMÁCIA CURITIBANA	CONSEQÜÊNCIAS
Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, imipramina, maprotilina, nortriptilina)	amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina.	Período perinatal - pode provocar o aparecimento de irritação, convulsões e sintomas secundários aos efeitos anticolinérgicos; *Gravidez: Categoria C . *Lactação: Excretado no leite materno; compatível com a amamentação; uso controverso.
Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (fluoxetina, sertralina, citalopram, nefazodona, paroxetina,)		Fluoxetina - Gravidez: Categoria B e lactação: excretado no leite materno, compatível com a amamentação.
Inibidores da monoaminooxidase (selegilina, tranilcipromina, moclobemida)		Malformações congênitas *Gravidez: Categoria C . *Lactação: Desconhecido, uso não recomendado.
Estabilizadores do humor	carbonato de lítio	Malformações cardiovasculares se usado no 1º trimestre; síndrome do "floppy baby" (cianose e hipotonia) se usado no período perinatal Contra-indicada amamentação *Gravidez: Categoria D . *Lactação: Excretado no leite; contra-indicado na lactação.
	carbamazepina	Espinha bífida (0,5-1%) se usado no 1º trimestre. Aconselha-se associar folatos e vitamina K, para evitar a diminuição dos fatores de coagulação *Gravidez: Categoria D . Avaliar risco/benefício. *Lactação: Excretado no leite materno; compatível com a amamentação; uso seguro.
	ácido valproico	Malformação do tubo neural em 3 a 5% dos fetos. Contra-indicação absoluta *Gravidez: Categoria D . *Lactação: Excretado no leite materno; compatível com a amamentação.
Benzodiazepínicos (diazepam, bromazepam, clonazepam)	diazepam	Anomalias congênitas se usado no 1º trimestre Alterações na termorregulação, apnéia e hipotonia muscular se usado no período perinatal; No 2º e 3º trimestre, o uso ocasional não costuma afetar a gestação e o feto de forma negativa *Gravidez: Categoria D . *Lactação: Excretado no leite materno; efeitos desconhecidos sobre o lactente; uso não recomendado.

* Classificação do risco de teratogenicidade (FDA) e recomendação durante a lactação (Academia Americana de Pediatria) dos medicamentos da Farmácia Curitibana



1.7.4. SAÚDE BUCAL

A gestante apresenta maior suscetibilidade para o surgimento de problemas bucais devido às alterações orgânicas, mudanças de hábitos alimentares decorrentes da gestação e da higiene bucal. Os níveis elevados de estrogênio e progesterona durante a gestação acarretam alterações orgânicas como a hiperacidez salivar, a hipervascularização gengival e a diminuição da motilidade do trato digestivo. Todos estes fatores contribuem para o comprometimento da saúde bucal na gestação e a prevenção de agravos depende do acompanhamento periódico da gestante pela equipe de saúde.

A acidez salivar, agravada pelas náuseas e vômitos freqüentes, favorece o aparecimento de cáries dentárias. Já o aumento da vascularização gengival predispõe à doença periodontal e aos tumores gravídicos. Com a evolução da gestação, a diminuição da capacidade fisiológica do estômago leva à ingestão de menor quantidade de alimentos e ao aumento do número de refeições, nem sempre associados aos cuidados adequados de higiene bucal. O aumento da atividade cariogênica, no entanto, relaciona-se principalmente às alterações da dieta e à presença de placa bacteriana devido à higiene inadequada dos dentes.

A impossibilidade de intervenções prolongadas com a gestante em decúbito dorsal e os riscos decorrentes do uso de medicamentos e de radiografia, principalmente na embriogênese (antes da 8ª semana), são fatores limitantes à prática odontológica. No entanto, o tratamento odontológico poderá ser realizado em qualquer fase do período gestacional, embora o segundo trimestre seja o momento mais oportuno. Não há contra-indicação ao uso de anestésicos locais sem vasoconstritor.

DOENÇA PERIODONTAL E PREMATURIDADE

A doença periodontal caracteriza-se por uma série de alterações patológicas no periodonto, formado pelos tecidos moles (gengivas) e duros (osso alveolar, cemento e ligamento periodontal) que circundam os dentes e têm alta prevalência na gestação. A gengivite gravídica acomete de 30 a 100% de todas as mulheres.

Várias evidências científicas correlacionam a doença periodontal com o nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros. Cerca de 50% dos partos prematuros sem fatores de risco estabelecidos podem estar associados à doença periodontal. Gestantes com doença periodontal têm 7,5 vezes mais probabilidade de desenvolver prematuridade (Offenbacher et al., 1996). O agravamento da condição periodontal pode ser um fator de risco para pré-eclâmpsia.

CUIDADOS COM O BEBÊ

Os cuidados com os dentes do bebê iniciam-se durante a gestação. No conceito, os dentes decíduos começam a ser formados por volta da sexta semana gestacional, e os permanentes por volta do quinto mês. Condições gestacionais desfavoráveis como o uso de medicamentos, processos infecciosos, carências nutricionais entre outros, podem comprometer a fase de formação e mineralização dos dentes.



Os hábitos alimentares e de higiene da família e particularmente da mãe influenciam o comportamento futuro dos filhos. Hábitos saudáveis como adequada higiene bucal após as refeições e alimentação equilibrada, pobre em produtos açucarados e industrializados devem ser incentivados.

A amamentação durante o primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de muitas más-oclusões. Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular de sucção favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

COMPETÊNCIA DA US

As gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana deverão ser encaminhadas para a avaliação da saúde bucal na primeira consulta de pré-natal. Após avaliação inicial, as dúvidas devem ser esclarecidas e aquelas que apresentam doença em atividade serão submetidas a tratamento odontológico. Gestantes sem atividade de doença devem ser monitoradas, no mínimo trimestralmente e após o parto. A fluoroterapia será indicada de acordo com os critérios do programa de Saúde Bucal.

Todas as gestantes e puérperas são convidadas a participar de atividades educativas de promoção à saúde bucal. Estas atividades englobam cuidados com a alimentação e higiene bucal, importância da amamentação, revelação de placa bacteriana, escovação orientada e cuidados com o bebê.



*Prevenção
e Tratamento das
Infecções Maternas
e Congênitas*



III - Prevenção e Tratamento das Infecções Maternas e Congênitas

3.1. TOXOPLASMOSE MATERNA

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, cujo hospedeiro definitivo é o gato e os hospedeiros intermediários são roedores, suínos, bovinos, ovinos, caprinos, aves e o homem. As diferentes formas de transmissão para o homem ocorrem pela ingestão de cistos presentes em carnes cruas ou mal cozidas ou de oocistos presentes no solo, alimentos e água ou por transfusão sanguínea e transplante de órgãos. A forma congênita ocorre por transmissão transplacentária.

A toxoplasmose adquirida é, na maioria dos casos, benigna e autolimitada e cerca de 60 a 70% da população adulta já contraiu a infecção. Apenas 10 a 20% dos casos são sintomáticos, cursando com mal estar, cefaléia, mialgia, exantema máculo-papular, odinofagia, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia, acompanhados ou não de febre. Estes sintomas duram algumas semanas mas a adenomegalia e a hepatoesplenomegalia podem persistir por meses.

Na gestação, 90% das infecções são assintomáticas, reforçando a necessidade de triagem sorológica de rotina no acompanhamento do pré-natal.

INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA

Na toxoplasmose recente, anticorpos IgM específicos positivam-se em 5 a 14 dias, atingem níveis elevados em um mês e podem permanecer positivos por 18 meses. Anticorpos IgA específicos positivam-se após 14 dias e desaparecem entre 5 a 6 meses. Anticorpos IgG específicos atingem o pico máximo cerca de 2 meses da infecção, declinam somente após 5 a 6 meses mas mantêm-se detectáveis pelo resto da vida.

A avidéz com que os anticorpos IgG ligam-se a seus respectivos antígenos pode ser avaliada pela maior ou menor facilidade de quebra dessa ligação. Anticorpos produzidos até 4 meses têm avidéz fraca ou intermediária, sugerindo doença recente, enquanto que anticorpos antigos têm avidéz forte, sugerindo doença antiga.

Anticorpos IgG maternos são transmitidos via transplacentária ao concepto enquanto que os IgM não. No recém-nascido, a presença de anticorpos IgG específicos podem representar anticorpos maternos transferidos passivamente. Na criança não infectada, os anticorpos IgG desaparecem gradativamente, até os doze meses e os IgM estarão sempre negati-



vos. Ao contrário, na criança infectada, os níveis de anticorpos IgG permanecem elevados ou ascendentes enquanto os IgM podem ou não estar reagentes.

CLASSIFICAÇÃO

A equipe de saúde deve avaliar a situação da gestante quanto à infecção por toxoplasmose, classificando-a em susceptível, com doença recente ou com doença antiga, de acordo com a investigação sorológica.

- **IgG e IgM não reagentes:** gestante suscetível, nunca foi infectada;
- **IgG reagente e IgM não reagente:** gestante com doença antiga;
- **IgG não reagente e IgM reagente:** provável doença recente, repetir sorologia em 10 dias, IgG e IgM.
- **IgG reagente e IgM reagente:** provável doença recente, nesse caso, o Laboratório Municipal realiza automaticamente a avidéz de IgG.
 - **Avidéz fraca ou intermediária:** doença recente, encaminhar para referência;
 - **Avidéz forte:** avaliar idade gestacional (IG) quando da realização do exame;
 - **IG maior que 17 semanas:** possível doença recente, encaminhar para referência;
 - **IG menor ou igual a 17 semanas:** doença antiga.

MANEJO

ORIENTAÇÕES GERAIS

Todas as gestantes, independente da classificação, devem receber orientações sobre medidas de prevenção primária da toxoplasmose, descritas a seguir:

- Evitar contato com gatos sempre que possível;
- Se tiver gatos em casa, procurar alimentá-los com carne cozida ou ração, e manusear os materiais contaminados com fezes de gatos com luvas e, em seguida, lavar as mãos com sabão e água; evitar que os animais saiam de casa.
- Evitar consumir carne crua ou mal cozida, principalmente de porco e de carneiro;
- Preparar a carne antes dos outros alimentos. Após o manuseio da carne crua, usando ou não luvas, lavar as mãos, os utensílios, a pia e a mesa de preparo com água e sabão;
- Retirar a casca dos vegetais e frutas, ou lavá-los com água e sabão e enxaguá-los bem, antes do consumo;
- Evitar que moscas e baratas contaminem verduras, frutas, legumes e outros alimentos;
- Usar luvas para trabalhar com a terra, lavando as mãos após esta atividade.

GESTANTE SUSCETÍVEL PARA TOXOPLASMOSE

Na gestante suscetível, o risco de contaminação por toxoplasmose é determinado pela presença dos seguintes fatores:

- Gatos no domicílio;
- Consumo de carne crua mal cozida (em especial carneiro e porco);



- Manuseio freqüente de carne crua;
- Condições precárias de higiene pessoal e ambiental (presença de moscas, baratas, ratos no domicílio e imediações);
- Manuseio da terra e jardinagem;
- Baixo grau de entendimento das orientações para a prevenção primária;
- Não viabilidade das mudanças necessárias para proteção.

A freqüência de solicitação da sorologia depende do grau de risco para contaminação:

Gestantes com **baixo risco de contaminação** – realizar nova sorologia entre a 26ª e a 28ª semana de gestação.

Gestantes com **alto risco de contaminação** - os exames deverão ser repetidos trimestralmente.

GESTANTE COM DOENÇA ANTIGA

Deve-se observar fatores de risco para imunossupressão como HIV/AIDS, uso de imunossupressores (quimioterápicos e corticóides) entre outros pela possibilidade de reativação da toxoplasmose. Instituir medidas de prevenção primária para evitar a reinfecção. Em caso de dúvida quanto à reativação encaminhar para referência.

GESTANTE COM DOENÇA RECENTE

Gestantes com toxoplasmose recente confirmada deverão ser monitoradas pelos diferentes níveis de atenção.

Compete à Unidade de Saúde:

Notificar e preencher a ficha epidemiológica específica de toxoplasmose gestacional e enviá-la ao Distrito Sanitário;

Registrar no prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames laboratoriais e o esquema terapêutico;

Instituir tratamento em 100% das gestantes com diagnóstico confirmado para reduzir a transmissão transplacentária da doença:

Os medicamentos utilizados e as respectivas doses recomendadas estão descritos a seguir.

MEDICAMENTO	DOSE DIÁRIA (mg)	POSOLOGIA
Espiramicina (500 mg)	3000	2 cp de 8/8 h
Sulfadiazina (500 mg)	3000	3 cp 12/12 h
Pirimetamina (25 mg)		
Dose inicial (2 primeiros dias)	100	2 cp 12/12 h
Dose de manutenção	50	2 cp em dose única diária
Ácido fólico (15 mg)	15	1 cp a cada 2 dias



A espiramicina é usada de forma contínua até a 13ª semana de gestação. A partir deste período e até a 34ª semana (14ª a 34ª semanas) seu uso é alternado a cada 3 semanas com a associação de sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico. Da 35ª semana até o parto, a espiramicina volta a ser usada de forma contínua. O quadro 8 sintetiza o esquema terapêutico preconizado para toxoplasmose recente na gestante.

Quadro 8 - Esquema de tratamento da toxoplasmose gestacional

QUADRO 8

SEMANAS DE GESTAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Diagnóstico até a 13ª semana	Espiramicina
14ª a 16ª semana	SPA
17ª - 19ª semana	Espiramicina
20ª a 22ª semana	SPA
23ª a 25ª semana	Espiramicina
26ª a 28ª semana	SPA
29ª a 31ª semana	Espiramicina
32ª a 34ª semana	SPA
35ª até o parto	Espiramicina

SPA – associação de sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico

Considerações gerais quanto ao esquema terapêutico:

- A pirimetamina é teratogênica e não deve ser utilizada no primeiro trimestre de gestação;
- A sulfadiazina está contra-indicada a partir da 35ª semana de gestação pelo risco de desenvolver kernicterus no recém-nascido;
- A pirimetamina pode causar anemia megaloblástica, plaquetopenia, leucopenia ou pancitopenia e preconiza-se hemograma mensal de controle. Na presença de alterações, deve-se suspender seu uso por um mês e substituir por espiramicina;
- O ácido folínico deve ser administrado até uma semana após o uso da pirimetamina;
- Na impossibilidade do uso de sulfadiazina e pirimetamina, deve-se fazer uso contínuo de espiramicina.
- Vincular e encaminhar todas as gestantes com diagnóstico confirmado ou duvidoso de toxoplasmose recente para as maternidades de referência de alto risco;
- Monitorar a gestante com diagnóstico confirmado de toxoplasmose recente quanto à presença nas consultas do serviço de referência e ao uso correto da medicação;
- Suspender a medicação no puerpério, não sendo necessário a realização de novos exames, nem de acompanhamento específico;
- Orientar a puérpera que não há risco para ela nem para gestações futuras e que o tratamento visa impedir a transmissão vertical.



- Não há necessidade de solicitar nova sorologia em gestantes com sorologia anterior comprovando doença antiga, realizada no Laboratório Municipal de Curitiba, porque o risco de reativação da doença é muito pequeno.

Após confirmado o diagnóstico de toxoplasmose recente ou antiga não há necessidade de se repetir a sorologia. Estes exames só devem ser repetidos no pré-natal quando há dúvidas quanto ao diagnóstico ou quando a gestante é suscetível ou imunodeprimida.

Compete ao Hospital de Referência de Risco

Realizar pré-natal de todas as gestantes com toxoplasmose ativa na gestação segundo orientações deste protocolo;

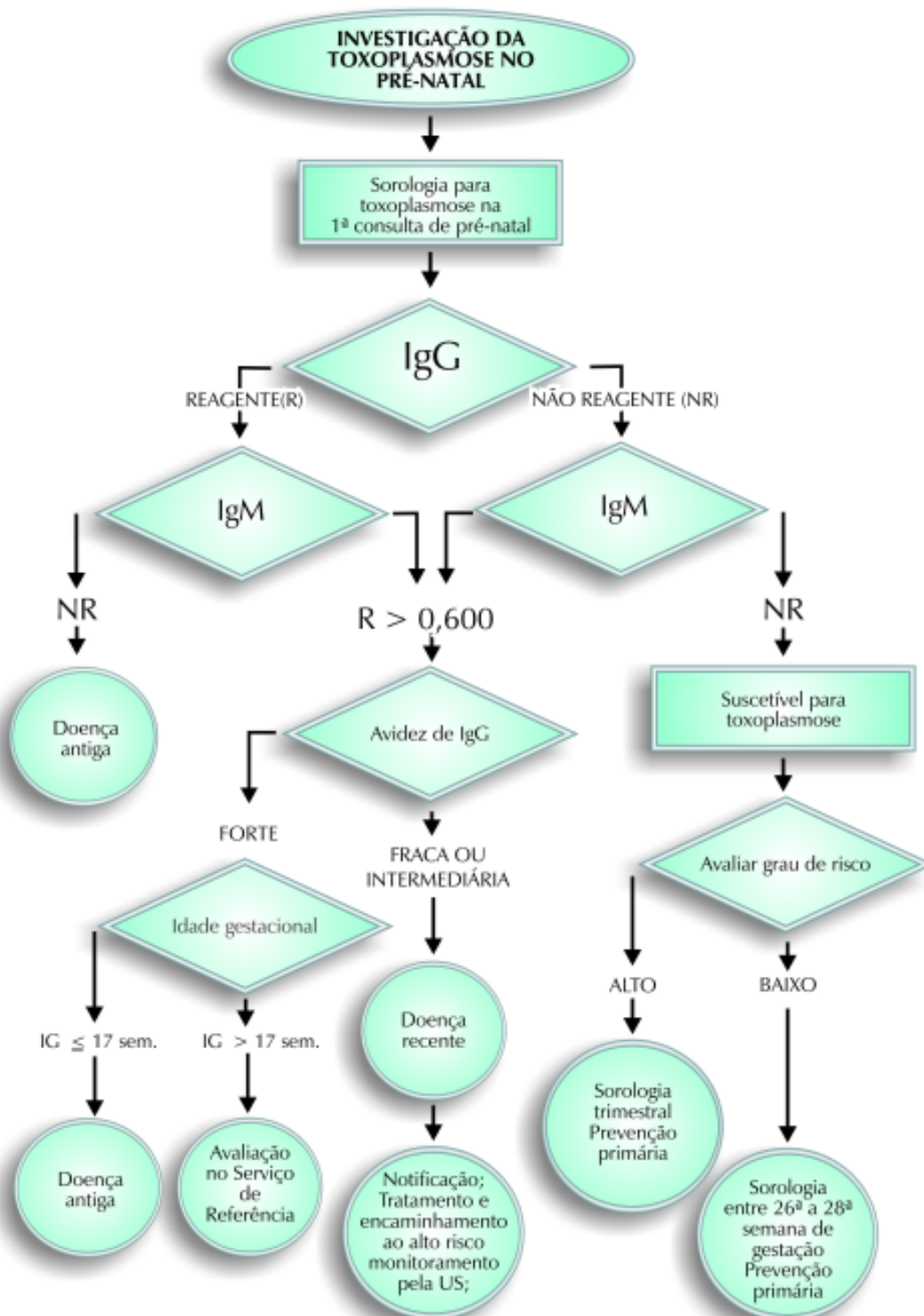
Realizar o parto e encaminhar à Unidade de Saúde para a consulta puerperal e planejamento familiar;

Realizar investigação e seguimento do recém-nascido conforme este protocolo.

A medicação para o tratamento está disponível no Distrito Sanitário, sendo liberada mediante solicitação e notificação epidemiológica.



3.1.1. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO



3.1.2. TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

A toxoplasmose ativa durante a gestação não necessariamente resulta em infecção fetal pois o risco de transmissão para o feto varia conforme a idade gestacional em que ocorreu a infecção. No período periconcepcional este risco é de 0 a 2%, no primeiro trimestre é de 15 a 20%, no segundo trimestre é de 30 a 50% e no terceiro trimestre é de 60 a 80%. Ao contrário do risco de contaminação fetal que é maior à medida que a idade gestacional avança, a gravidade da infecção fetal é maior quanto mais precoce a contaminação.

A toxoplasmose congênita pode se manifestar de quatro formas:

- Doença manifesta no período neonatal;
- Doença (severa ou discreta) manifesta nos primeiros meses de vida;
- Seqüela ou reativação de infecção prévia, não diagnosticada;
- Infecção subclínica.

A maior parte dos casos de doença congênita não apresenta sinais ou sintomas ao nascer, caracterizando infecção subclínica.

Os lactentes podem permanecer sem seqüelas da infecção ou desenvolver retinocoroidite, estrabismo, retardo neuropsicomotor, hidrocefalia, convulsões e surdez, meses ou mesmo anos após o nascimento, mesmo quando ao nascimento são assintomáticos.

A retinocoroidite é a mais freqüente das seqüelas, presente em aproximadamente 20% dos lactentes com diagnóstico sorológico pós-natal, sendo que o risco de aparecimento persiste por muitos anos.

Nos recém-nascidos e lactentes sintomáticos, a apresentação clínica pode ser dividida didaticamente em forma neurológica e generalizada. A forma neurológica, resultante de infecção fetal precoce na gestação, caracteriza-se por calcificações intracranianas geralmente difusas, alterações liquóricas, retinocoroidite, convulsões, hidrocefalia e microcefalia. Já a forma generalizada, resultante de infecção mais tardia na gestação, apresenta retinocoroidite, alterações liquóricas, hepatoesplenomegalia, icterícia, linfadenopatia, trombocitopenia e anemia.

CASOS SUSPEITOS

São consideradas suspeitas, todas as crianças que:

- sintomáticas ou não, são filhas de mães com toxoplasmose recente no curso da gestação;
- nascem com sinais ou sintomas da doença: icterícia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, microcefalia, hidrocefalia, anemia, convulsões, baixo peso, prematuridade, coriorretinite, calcificações cerebrais, nistagmo, estrabismo, microcefalia, iridociclite, alterações do liquor céfaloraquidiano.



Os casos suspeitos são submetidos à investigação sorológica e de acordo com os resultados são considerados:

CASOS DESCARTADOS:

Recém-nascidos com títulos de IgG e IgM negativo.

CASOS CONFIRMADOS:

Crianças com ou sem manifestações clínicas e/ou:

Títulos de IgM positivos no RN após 1 semana de vida;

Títulos de IgG persistentemente elevados ou em ascensão;

Presença do *Toxoplasma gondii* em tecido placentário.

CASOS EM INVESTIGAÇÃO:

Crianças com títulos de IgG decrescentes e IgM negativo aos 30 dias de vida;

Devem ser acompanhados até a negatificação da sorologia.

CONDUTA

COMPETE À MATERNIDADE EM CASOS SUSPEITOS DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Realizar IgM e IgG quantitativo para análise sorológica de toxoplasmose congênita no recém-nascido;

Iniciar o tratamento de acordo com o esquema terapêutico (quadro 9) preconizado por este protocolo, nos casos indicados no fluxograma do RN;

Realizar exame anatomopatológico de tecido placentário para detecção do *Toxoplasma gondii*;

Orientar a mãe para o retorno à US até o 10º dia de vida do RN para o atendimento de puericultura;

Notificar todos os casos suspeitos, através de aerograma de notificação ou via telefone ao DS, com ficha epidemiológica devidamente preenchida e entregue à equipe de epidemiologia responsável pela busca ativa neste hospital;

Agendar consulta no serviço de infectologia pediátrica, com 1 mês de vida, com nova sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM); caso o RN estiver recebendo medicação também deve ser solicitado hemograma com plaquetas.



Exames necessários no RN de mãe com doença recente ou RN com sorologia IgG >300 e ou IgM negativo ou positivo ou RN sintomático:

Hemograma completo do RN, com contagem de plaquetas;
Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM);
Líquor no RN sintomático;
RX de crânio do RN para detectar a presença de calcificações cerebrais;
Ecografia cerebral transfontanelar para detectar a presença de calcificações cerebrais, dilatações ventriculares, necrose por enfarte periventricular ou outras alterações;
Exame oftalmológico para análise do fundo de olho. Na detecção de sinais de coriorretinite ou uveíte em atividade, iniciar o tratamento precocemente com o uso de corticóide.

COMPETE À US

Fazer puericultura, esquema vacinal de rotina, orientações sobre sinais clínicos de toxoplasmose e busca ativa para todas as crianças suspeitas, em investigação ou confirmadas de toxoplasmose congênita;

Em relação aos casos descartados:

Alta e acompanhamento rotineiro de puericultura na US.

Em relação aos casos suspeitos:

Fazer visita precoce ao RN e agendar exame pediátrico na US até o 10º dia de vida no máximo; A US deve solicitar IgG e IgM para toxoplasmose a ser realizado próximo ao 20º dia de vida do RN para ser levado na consulta de 30 dias na referência

Confirmar avaliação com infectologia pediátrica, previamente agendada pela maternidade para o 30º dia de vida;

Monitorar uso adequado da medicação dos RN suspeitos de mães com toxoplasmose gestacional confirmada.

Em relação aos casos em investigação:

Agendar retorno para a infectologia pediátrica aos 6 meses de vida, após realização de IgG e IgM quantitativo no 5º mês de vida que deve ser levado na consulta na referência.

Em relação aos casos confirmados:

Fazer visita domiciliar bimestral nos lactentes confirmados

Monitorar uso da medicação, comparecimento às consultas especializadas e de infectologia e eventuais intercorrências;

Esclarecer dúvidas existentes.



COMPETE AO SERVIÇO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

Registrar as informações pertinentes na carteira do RN como resultado de exames, prescrição, encaminhamentos;

Em relação aos casos suspeitos:

Avaliar e definir as condições do RN, confirmando ou descartando o caso;

Determinar a conduta após avaliação no primeiro mês de vida;

Completar a ficha de investigação e encaminhá-la ao DS;

Em relação aos casos em investigação:

Fazer avaliação clínico-laboratorial (IgG e IgM) aos 30 e 120 dias de vida;

Casos que não negativam em até seis meses, devem ser acompanhados com sorologia até a negatificação.

Em relação aos casos confirmados:

Notificar ao DS, através da ficha de investigação epidemiológica

Realizar acompanhamento mensal da criança sintomática e assintomática no primeiro ano de vida;

Encaminhar para avaliação:

neurológica pediátrica;

audiométrica;

oftalmológica – para exame de fundo de olho, semestralmente até os 3 anos de idade; anualmente, até os 18 anos, mesmo que não apresente alterações, orientando sobre o risco de coriorretinite, principalmente na puberdade.

Instituir esquema de tratamento por 1 ano, de acordo com o quadro 9.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Quadro –9 As drogas utilizadas e suas respectivas doses são:

QUADRO 9

MEDICAMENTO	DOSE	POSOLOGIA
Pirimetamina (solução de 2 mg/ml) dose de ataque dose de manutenção	2 mg/kg/dia 1 mg/kg/dia (máximo de 25 mg/dia)	1 ml/kg, VO, 1 x ao dia, por 2 dias 0,5 ml/kg, VO, 1 x ao dia, a cada 3 dias
Sulfadiazina (solução 100 mg/ml)	100 mg/kg/dia	0,5 ml/kg, VO, 12/12 h



QUADRO 9

MEDICAMENTO	DOSE	POSOLOGIA
Ácido Folínico (solução 2 mg/ml)	15 mg/kg/semana	2,5 ml/kg, VO, 1 x ao dia, a cada 3 dias
Espiramicina (solução 100 mg/ml)	100 mg/kg/dia	0,5 ml/kg, VO, 12/12 h
Prednisona (solução 1,5 mg/ml)	1,5 mg/kg/dia	0,5 ml/kg, VO, 12/12 h

ESQUEMA TERAPÊUTICO

Criança assintomática de mãe com infecção primária confirmada na gravidez:

Realizar uma série de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico por 30 dias e proceder investigação para reavaliar a necessidade de continuar o tratamento.

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA:

Assintomática:

Realizar uma série de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico por seis semanas;

Fazer espiramicina por 6 semanas;

Alternar pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico a cada 4 semanas com espiramicina, até completar 1 ano de tratamento.

Sintomática:

Realizar uma série de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico por seis meses;

após, alternar pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico a cada 4 semanas com espiramicina por mais seis meses até completar um ano de tratamento.

Se houver processo inflamatório - coriorretinite em atividade, proteinorraquia elevada, infecção generalizada e icterícia colestática - associar prednisona até a regressão do mesmo e fazer retirada gradativa.

O tratamento só deve se prolongar por um período maior que 12 meses, se houver reagudização do quadro oftalmológico;



Quadro 9 - Esquema terapêutico para toxoplasmose congênita

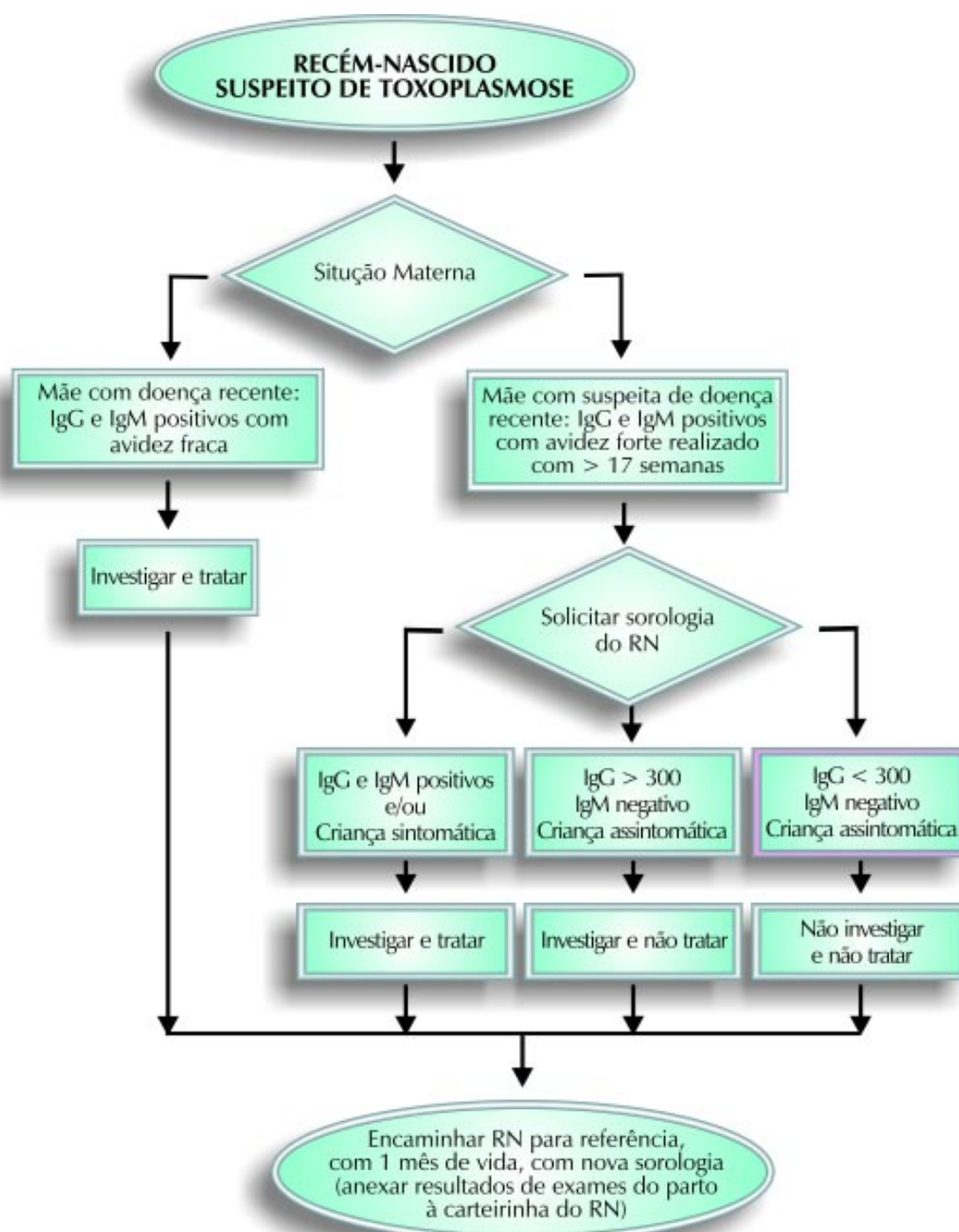
QUADRO 9

IDADE/MÊS	ASSINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO
1	SPA (4 semanas)	SPA
2	SPA (2 semanas)	SPA
2	Espiramicina (2 semanas)	SPA
3	Espiramicina (4 semanas)	SPA
4	SPA	SPA
5	Espiramicina	SPA
6	SPA	SPA
7	Espiramicina	Espiramicina
8	SPA	SPA
9	Espiramicina	Espiramicina
10	SPA	SPA
11	Espiramicina	Espiramicina
12	SPA	SPA

SPA –associação de sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico



3.1.3. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE COM TOXOPLASMOSE ATIVA NA GESTAÇÃO



3.2. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

O HIV/AIDS é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo retrovírus denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com 2 tipos conhecidos: HIV-1 e o HIV-2. Na população adulta, as principais formas de transmissão do vírus são por via sanguínea e sexual, enquanto que na população infantil, a principal é a transmissão vertical.

Atualmente, as relações heterossexuais sem uso de preservativo são as principais responsáveis pela transmissão do vírus, segundo a OMS. Os fatores que determinam o aumento da transmissão do HIV numa relação heterossexual são: alta viremia, imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outras DST.

Tem sido observada uma inversão da incidência do HIV na faixa etária de 13 a 19 anos, com crescente predomínio do sexo feminino numa série histórica: no ano 2000 foram relatados 191 casos em meninas e 151 casos em meninos, em 2001, 152 casos em meninas e 91 em meninos, já em 2002, nos jovens de 20 a 24 anos, esta relação era de 1:1. (Ministério da Saúde-Boletim Epidemiológico 11/2002).

Os fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV são:

- Relações sexuais sem uso de preservativos;
- Compartilhamento de seringas e agulhas entre usuários de drogas;
- Utilização de sangue e seus derivados sem controle de qualidade;
- Recepção de órgãos ou sêmen de doadores infectados;
- Gravidez em mulher infectada pelo HIV : transmissão na gestação, principalmente se houver carga viral elevada, durante o parto pelas secreções cérvico-vaginais e na lactação pelo aleitamento materno;
- Rotura prolongada das membranas amnióticas;

O HIV não se transmite pelo convívio social ou familiar, por abraço ou beijo, através de alimentos, água ou picadas de insetos.

O indivíduo infectado pelo HIV pode demorar até doze anos para ter manifestações clínicas da AIDS, porém a transmissão do vírus pode ocorrer em qualquer fase da infecção, sendo o risco proporcional à magnitude da viremia.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A evolução da doença pode ser dividida em 3 fases:

INFECÇÃO AGUDA:

Pode ocorrer 5 a 30 dias após a infecção inicial e caracteriza-se por viremia elevada. A sintomatologia é auto-limitada na maioria dos casos e assemelha-se a outras infecções virais.



Manifesta-se por febre, calafrios, sudorese, mialgia, cefaléia, dor de garganta, alterações gastrointestinais, linfadenopatia generalizada e erupção cutânea.

LATÊNCIA CLÍNICA OU ASSINTOMÁTICA:

Durante um período de alguns meses ou anos, não há manifestação de sintomatologia da infecção. Entretanto, há uma agressão constante ao sistema imunológico do hospedeiro com queda lenta dos linfócitos CD4.

DOENÇA SINTOMÁTICA:

Na fase inicial ou precoce o portador pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos e de intensidade variável. À medida que ocorrem alterações na imunidade, surgem manifestações como febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante, sudorese noturna, astenia e adenomegalia. Infecções oportunistas passam a se manifestar ou recidivar, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (nova nomenclatura para o *Pneumocystis carinii* causador de pneumonia em humanos), toxoplasmose cerebral, candidíase oral e esofágica e meningite por criptococos, dentre outras.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período de 6 a 12 semanas após a infecção inicial, sendo este intervalo denominado “janela imunológica”. Nesse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas, porém há elevada viremia com maior risco de transmissão do HIV.

A triagem de infecção por HIV no Laboratório Municipal é feita por testes que detectam anticorpos contra o vírus e apresentam alta sensibilidade. Se o primeiro teste de triagem for negativo, respeitando a janela imunológica, infecção é descartada. Mas se for positivo ou indeterminado, são realizados na mesma amostra sangüínea outro teste de triagem (com metodologia diferente) e um teste de alta especificidade (imunofluorescência indireta) para confirmação do diagnóstico. Havendo exames discordantes, faz-se outro teste confirmatório (Western blot). Se todos os testes de triagem e confirmatórios forem reagentes, realiza-se nova investigação em outra amostra de sangue. Os testes de quantificação de RNA (mensuração de carga viral), realizados por PCR quantitativo, e a dosagem do CD4, feita por citometria de fluxo, são usados para a orientação da conduta terapêutica em crianças e gestantes.

O Teste Rápido Anti-HIV é um teste de triagem cuja sensibilidade e especificidade é similar ao teste ELISA de terceira geração e que apresenta resultado em no máximo 30 minutos. Está indicado em casos específicos que requerem decisão terapêutica de emergência. O Teste Rápido é preconizado para as gestantes que estão no hospital em pré-parto ou trabalho de parto, e que não realizaram investigação para HIV/AIDS no pré-natal ou o resultado não está disponível. No entanto, deve-se considerar a maior proporção de resultados falso-positivos em populações com baixa prevalência para o HIV, como as gestantes (0,7% a 0,6%).



PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO NA GESTAÇÃO, PARTO E AMAMENTAÇÃO

Estima-se que 30% das crianças nascidas de mães HIV positivo não tratadas tornam-se infectadas na gestação, durante o trabalho de parto, parto ou através da amamentação. A administração da terapia anti-retroviral com AZT na gestação, no parto e ao recém-nascido reduziu a taxa de transmissão vertical para 8%, segundo um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França (Protocolo ACTG 076). Atualmente, o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde (2002) com terapia tríplice é capaz de reduzir a probabilidade de transmissão vertical para aproximadamente 2%.

A gravidade desta doença e a disponibilidade de medidas eficazes para diminuir a transmissão para o feto apontam para a importância da realização de sorologia para HIV na rotina do pré-natal e adoção de medidas de prevenção de transmissão vertical para os casos detectados.

Vários estudos têm demonstrado que alguns fatores estão associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho, dentre estes:

- Fatores virais: carga viral, genótipo viral, diversidade circulante e resistência viral;
- Fatores maternos: estado clínico e imunológico, DST e outras co-infecções;
- Fatores comportamentais: uso de drogas e prática sexual desprotegida;
- Fatores obstétricos: tempo de ruptura das membranas amnióticas, via de parto, presença de hemorragia intraparto e parto instrumentalizado;
- Fatores inerentes ao recém-nascido: prematuridade, baixo peso ao nascer e aleitamento materno.

COMPETE À US

Solicitar o teste anti-HIV na primeira consulta de pré-natal realizada pelo médico ou enfermeiro, após o consentimento verbal da gestante ou familiar responsável;

Fazer o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV:

Estas orientações deverão ser prestadas em dois momentos: previamente à coleta do exame, aconselhamento pré-teste (individual ou coletivo) e o aconselhamento pós-teste por ocasião da entrega do resultado, que deve ocorrer de forma individual, durante a **consulta com o médico ou enfermeiro**;

No aconselhamento, as gestantes devem ser orientadas sobre:

O que é Aids, formas de transmissão, meios de prevenção, a diferença entre infecção e doença;

Quais os testes utilizados (triagem e complementares), significados dos resultados e o conceito de janela imunológica, a confidencialidade do resultado;

Aspectos que envolvam a infecção e o estado de gravidez: consequências para a saúde materna, probabilidade de transmissão do vírus para o feto/RN (na gestação, durante o parto, na amamentação) e disponibilidade de tratamento;

A gestante que não aceitar realizar o teste deverá assinar o Termo de Declaração de Recusa do Teste Anti-HIV (portaria 38/2002 da SMS de Curitiba);



CONDUTA DE ACORDO COM O RESULTADO DA INVESTIGAÇÃO

RESULTADO NEGATIVO:

- Orientar a paciente quanto aos modos de transmissão;
- Reforçar a importância do sexo seguro, orientando quanto à utilização do preservativo, especialmente durante a gestação, uma vez que a possibilidade de contaminação pelo HIV não está descartada;
- Avaliar a possibilidade de “janela imunológica”.

RESULTADO INDETERMINADO:

- Esclarecer quanto ao significado do resultado;
- Avaliar riscos para infecção pelo HIV;
- Prescrever o AZT à gestante conforme o esquema preconizado: zidovudina (cápsulas 100 mg), VO, 200 mg, 3 vezes ao dia ou 300 mg, 2 vezes ao dia, a partir da 14ª semana de gestação até o parto.
- Solicitar CD4 e carga viral e encaminhar ao Serviço de Referência;
- Orientar a paciente de acordo com fluxograma de investigação do HIV no pré-natal.

RESULTADO POSITIVO:

- Esclarecer quanto ao significado do resultado;
- Orientar a gestante quanto aos aspectos gerais, escutando-a atentamente, esclarecendo suas dúvidas;
- Ajudá-la a distinguir a soropositividade (portador do HIV assintomático) e a AIDS (síndrome instalada);
- Explicar a importância do tratamento com anti-retroviral para a mãe e seu bebê;
- Orientar a não amamentar;
- Orientar sobre a importância do sexo seguro, através do uso de preservativo evitando a reinfecção, bem como a transmissão para o(s) parceiro(s); e a importância de o parceiro realizar o teste HIV ;
- Solicitar o teste do HIV para o parceiro;
- Solicitar CD4 e carga viral;
- Prescrever o AZT à gestante conforme o esquema preconizado: zidovudina (cápsulas 100 mg), VO, 200 mg, 3 vezes ao dia ou 300 mg, 2 vezes ao dia, a partir da 14ª semana de gestação até o parto.

A terapia anti-retroviral combinada está indicada para as gestantes que preencham os critérios para início de tratamento. Estes critérios dependem da idade gestacional, clínica, terapia anti-retroviral prévia, carga viral, CD4 (anexo IV). Esta prescrição deverá ser realizada pelos serviços de referência.



- Notificar ao Distrito Sanitário (DS) via Ficha Individual de Notificação (FIN) de “Gestante HIV + E Criança exposta”
- Preencher a Ficha de Investigação Epidemiológica e anexá-la ao prontuário. Após o parto, completar o preenchimento da ficha com informações do parto e encaminhá-la ao DS;
- Solicitar a medicação (AZT cápsulas) e o kit de tratamento para o parto (AZT injetável, xarope e leite artificial) ao DS, através de pedido prévio (formulário de solicitação de medicamentos - AIDS);
- Encaminhar a gestante ao pré-natal do Hospital de Referência de Alto Risco em HIV/AIDS, via Central de Consultas, para seguimento e tratamento de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde;
- Monitorar a gestante quanto aos cuidados para a redução da transmissão vertical, através da utilização correta da medicação, orientando-a que ao menor sinal de trabalho de parto procure a US ou o Hospital de Referência para a realização de cesariana eletiva quando indicada;
- Orientar à gestante a importância de não amamentar;
- Definir um profissional responsável pelo acompanhamento personalizado durante o pré-natal, parto e puerpério;
- Realizar oficinas específicas para as gestantes, através de equipe multiprofissional, com a orientação do COA;
- Monitorar a gestante quanto a possíveis infecções oportunistas;
- Realizar consulta puerperal;
- Orientar a mulher e seu parceiro sobre contracepção, encaminhando-os para o Programa de Planejamento Familiar;
- Agendar a consulta para a mãe no pós-parto, no Serviço de Referência em HIV/AIDS no prazo máximo de 30 dias. O infectologista determinará a conduta terapêutica no período puerperal. Ao fim da gestação, a mulher volta a se encaixar nas situações previstas pelo protocolo de terapia anti-retroviral de adultos e adolescentes.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Realizar Teste Rápido para HIV para todas as gestantes anteparto ou trabalho de parto, e que não tenham realizado investigação para HIV/AIDS no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível, após o consentimento verbal da gestante ou familiar responsável;
- Colher uma amostra de sangue no momento da realização do teste rápido, independente do resultado do mesmo, e encaminhá-la ao Laboratório Municipal para realização dos testes preconizados no pré-natal, de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde (portaria de nº 488/98);
- Comunicar o resultado do teste, reagente ou não, através de profissional médico e ou enfermeiro devidamente treinado;
- Realizar acompanhamento de pré-natal de todas as gestantes HIV positivo, seguindo as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes (anexo IV);



- Realizar ecografia entre a 12^a e 24^a semanas de gestação para a confirmação da idade gestacional;
- Programar cesareana eletiva ou seguir a orientação para o parto normal, quando indicados

VIA DE PARTO - CRITÉRIOS DE ESCOLHA

A via de parto será escolhida em função de situações obstétricas e/ou da carga viral, de acordo com a avaliação do obstetra e do clínico/infectologista responsáveis pela gestante. A paciente e seus familiares devem ser informados sobre os riscos e benefícios da via de parto recomendada.

Quando a carga viral for menor que 1.000 cópias/ml ou indetectável, há indicação de parto vaginal, exceto nas mulheres com indicação obstétrica para parto cesareana. Se a carga viral for maior ou igual a 1.000 cópias/ml, desconhecida ou não aferida após a 34^a semana de gestação, e nestes casos a gestante estiver em trabalho de parto, com dilatação cervical menor que 4 cm e as membranas amnióticas íntegras, há indicação de cesareana eletiva.

Nos casos de ruptura prematura de membranas antes da 34^a semana de gestação em pacientes HIV positivo, a conduta deve ser particularizada, pois não há dados na literatura sobre qual a conduta mais segura a ser tomada nestas situações.

O quadro 10 sintetiza as indicações de via de parto para gestantes HIV positivo.

Quadro 10 - Via de parto recomendada para gestantes HIV positivo com idade gestacional ≥ 34 semanas.

QUADRO 10

VIA DE PARTO	SITUAÇÃO
Cesareana eletiva*	Carga viral ≥ 1.000 cópias/ml, desconhecida ou aferida antes da 34 ^a semana de gestação. Havendo indicação obstétrica, de cesareana realizá-la independente da carga viral
vaginal	Carga viral < 1.000 cópias/ml ou indetectável

*realizada antes do início do trabalho de parto e com membranas amnióticas íntegras.

Fazer quimioprofilaxia anti-retroviral para todas as gestantes com HIV positivo, ou cujo teste rápido tenha sido reagente, com zidovudina (AZT) por via intravenosa, a partir de 3 horas antes do horário marcado para o parto cesareana ou desde o início do trabalho de parto, até o clampeamento do cordão umbilical. Indica-se a quimioprofilaxia da gestante (injetável) e do recém-nascido (solução oral)

dose de ataque de 2 mg/kg na 1^a hora (quadro 11);

dose de manutenção de 1 mg/kg, infusão contínua, até o clampeamento do cordão umbilical (quadro 11);

na ausência de AZT injetável usar AZT comprimidos – 300 mg, VO, no começo do trabalho de parto e a cada 3 horas, até o clampeamento do cordão umbilical.



Quadro 11 - Preparo da solução de zidovudina (AZT) para infusão intravenosa em 100 ml de soro glicosado 5%, de acordo com o peso da parturiente

QUADRO 11

Quantidade de AZT*	PESO DA PARTURIENTE (kg)					
	40	50	60	70	80	90
Dose de ataque (2mg/kg) correr na primeira hora	8 ml	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml	18 ml
Dose de manutenção (1mg/kg/hora) infusão contínua (gotejamento/minuto)	4 ml (35gts)	5 ml (35gts)	6 ml (35gts)	7 ml (36gts)	8 ml (36gts)	9 ml (36gts)

* zidovudina, frasco-ampola com 20 ml, 10mg/ml, total de 200 mg

Estabelecer e utilizar as Precauções Básicas e Universais de Biosegurança (MS, 2002/2003, n.º 46, p 38)

NO PARTO VAGINAL:

- Evitar toques repetidos;
- Conduzir o parto com ocitócitos, evitando que estas gestantes permaneçam por mais de 4 horas com bolsa rota, respeitando-se as contra-indicações;
- Evitar todo procedimento invasivo durante o trabalho de parto e parto como episiotomia, uso de fórceps e manobras desnecessárias na retirada do concepto;
- Proceder a ligadura do cordão umbilical sem ordenha e imediatamente após a expulsão do recém-nascido.

Administrar antibiótico profilático (cefalotina ou cefazolina 2g, IV, em dose única) após o clampamento do cordão umbilical nos seguintes casos:

- cesareanas,
- partos vaginais com manipulação vaginal excessiva ou trabalho de parto e/ou amniorrexe por período prolongado;

Não há necessidade de isolar a paciente;

Inibir a lactação - enfaixar as mamas com ataduras, imediatamente após o parto, para evitar a estimulação das mesmas. Manter a conduta por um período de dez dias (esta medida isolada já alcança 80% de sucesso) Associar a supressão farmacológica da lactação com carbegolina 0,5 mg, 2 comprimidos, VO, em dose única.

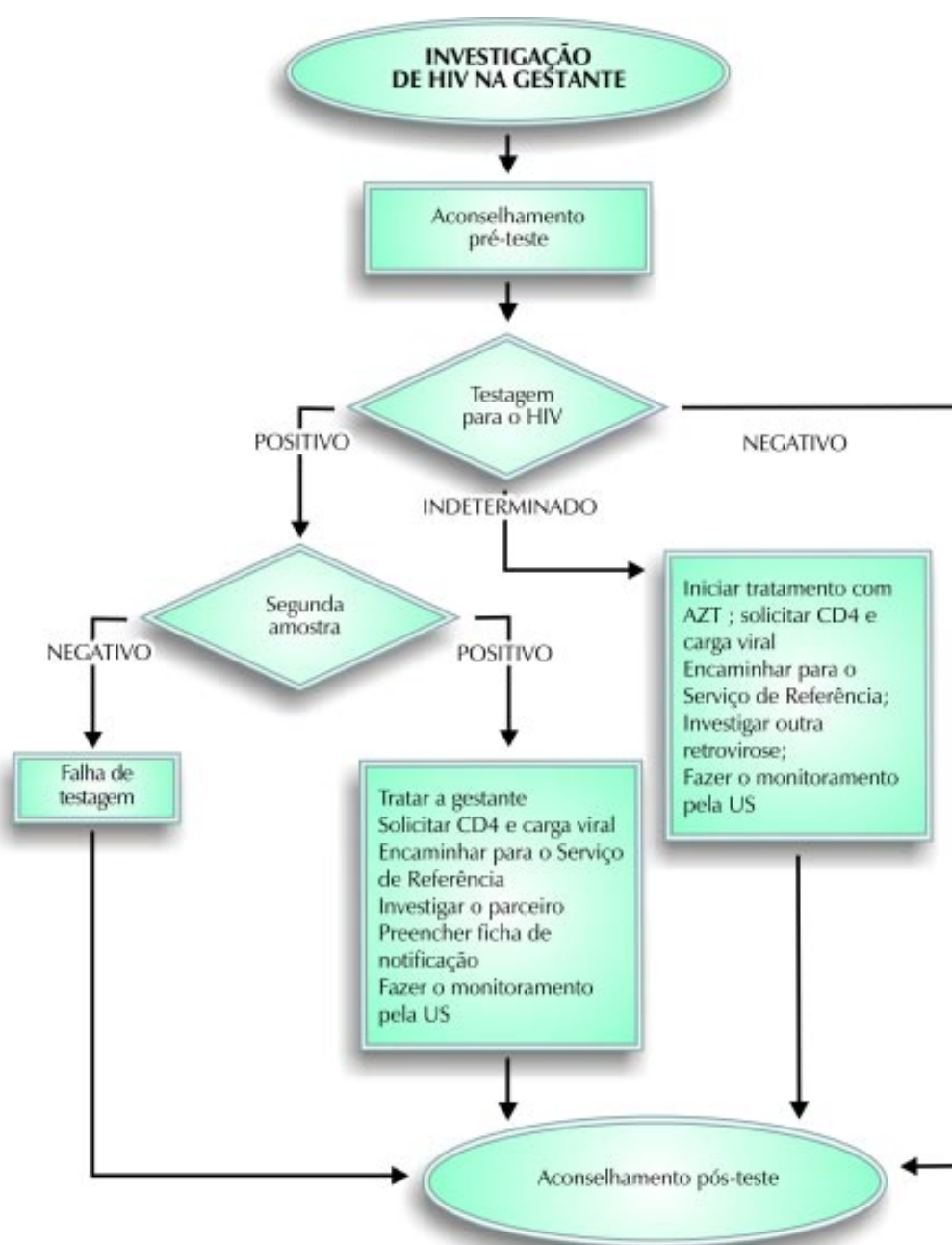
Encaminhar a mãe para a US para realização da consulta puerperal e Planejamento Familiar.



COMPETE AOS OUTROS SERVIÇOS HOSPITALARES:

Nos casos de emergência os outros serviços hospitalares vinculados ao Programa Mãe Curitibana possuem o kit específico para assistência às parturientes HIV positivo e aos seus recém-nascidos e devem observar as normas técnicas descritas neste protocolo.

3.2.1. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DO HIV NA GESTAÇÃO



QUIMIOPROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL NO RECÉM-NASCIDO

Cuidados com o RN Suspeito HIV Positivo:

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA:

Cuidados especiais com o recém-nascido de mãe HIV positivo

Aspirar delicadamente as vias aéreas do RN, evitando traumatismos em mucosas;
Lavar o recém-nascido imediatamente após o parto, com água e sabão;

Iniciar a quimioprofilaxia do recém-nascido:

Mesmo que a mãe não tenha recebido AZT, deve-se administrar o medicamento (zidovudina, solução oral -10 mg/ml) o mais breve possível no recém-nascido, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o parto. Se o diagnóstico de infecção pelo HIV foi feito durante a gestação ou no parto, recomenda-se o início nas primeiras 8 horas após o nascimento. Nos casos de diagnóstico no puerpério, é preferível iniciar AZT em até 2 horas após o parto. **Não existem evidências de benefício quando a administração do AZT para o neonato é iniciada após 48 horas.**

- A dose recomendada é de 2 mg/kg de AZT (0,2 ml/kg/dose), VO, de 6/6 horas, durante 6 semanas (42 dias);
- Excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na mesma dose do esquema recomendado acima;
- A dose de AZT para crianças prematuras abaixo de 34 semanas ainda não está definida. O protocolo PACTG 331 (Pediatrics Aids Trial Group, 1994) sugere 1,5 mg/kg, VO ou IV, de 12/12 horas nas primeiras duas semanas e 2 mg/kg, VO, de 8/8 horas, por mais 4 semanas.
- Solicitar um hemograma para o RN, devido à possibilidade de anemia pelo uso da zidovudina na gestação;
- Está contra-indicada a amamentação. Orientar as gestantes HIV+ da importância em não amamentar e como deve se conduzir quando interrogada por outras gestantes no alojamento conjunto;
- Prescrever e orientar o aleitamento artificial e proceder a orientação para o recebimento do leite para o RN. A criança deverá ficar no alojamento conjunto com sua mãe e ser alimentada com a fórmula infantil;
- Preencher a ficha de notificação epidemiológica, enviar por malote, via aerograma ou telefone, ao DS;
- Prescrever a vacina contra a hepatite B.
- Em caso de mãe com diagnóstico prévio de hepatite B, prescrever vacina e imunoglobulina específica para hepatite B,
- Encaminhar o RN para a US de origem para acompanhamento de puericultura até os 10 dias de vida do RN;



- Agendar consulta no serviço de referência para HIV/AIDS para a Mãe e para o RN e escrever na carteira a data, a hora e o local da consulta. **Não anotar na carteira de vacinação do RN o diagnóstico de exposição ao HIV**(vide protocolo HIV/AIDS da SMS).

COMPETE À US:

- Realizar a visita domiciliar precoce ao RN, agendando a primeira consulta na US;
- Realizar consulta com pediatra, prioritariamente até os 10 dias de vida, observando o uso correto do AZT e solicitar hemograma ao término das 6 semanas de uso para avaliar toxicidade hematológica desta medicação;
- Garantir o leite artificial apropriado até os 12 meses de vida, monitorando a sua correta utilização, seguindo a rotina do Programa de Vigilância Nutricional;
- Realizar acompanhamento de puericultura, priorizando consulta médica em caso de intercorrências.

COMPETE AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA NOS CASOS CONFIRMADOS DE HIV EM RECÉM-NASCIDOS:

- Realizar a primeira consulta com 40 dias de vida;
- Acompanhamento no Serviço de referência para AIDS pediátrica;
- Monitorar a criança com hemograma ao término do tratamento com AZT;
- Iniciar profilaxia da Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*, com sulfametoxazol-trimetoprim, a partir da 6ª semana de vida na dosagem de 750 mg de SMT/m²/dia, 3 vezes na semana, até 12 meses de idade ou até a provável exclusão da infecção;
- Solicitar PCR - RNA quantitativo no 2º e 4º mês de vida (ver fluxograma do RN);

Definir, após o 4º mês de vida da criança, a situação provável da infecção e proceder o acompanhamento de acordo com a mesma:

Criança provavelmente não infectada (PCR abaixo do limite de detecção em dois exames, sendo um deles após o 4º mês de vida): acompanhar no serviço de infectologia no 8º, 12º, 18º e 24º mês de vida; referenciar para acompanhamento clínico mensal pelo pediatra da US; reavaliar aos 24 meses, através de sorologia.

Criança infectada: acompanhar no serviço de infectologia (a criança infectada não necessariamente inicia o tratamento no momento do diagnóstico); as consultas serão agendadas de acordo com o quadro da criança.

Instituir o programa de vacinação da criança, conforme tabela de vacinação abaixo, realizando inicialmente na US básica, a vacinação para BCG e hepatite B (2ª. Dose) independente do diagnóstico. No serviço de referência serão avaliadas e indicadas as vacinas especiais para pneumococo, influenza, varicela, hepatite A e meningococo tipo C. As mães e familiares devem ser orientados a não realizarem as vacinas das campanhas de vacinação;



Tabela de Vacinação em Crianças Exposta ao HIV

	BCG	ANTI-EPATITE B	ANTIPÓLIO	TETRA (DTP + HiB)	TRÍPLICE VIRAL	DUPLA
1ª dose	1º mês	Pós-nascimento	2º mês	2º mês	12º mês***	>12 anos
2ª dose		1º mês	4º mês	4º mês		
3ª dose		6º mês	6º mês	6º mês		
Reforço		12 a 18 meses**	15º mês	12 a 18** meses		a cada 10 anos

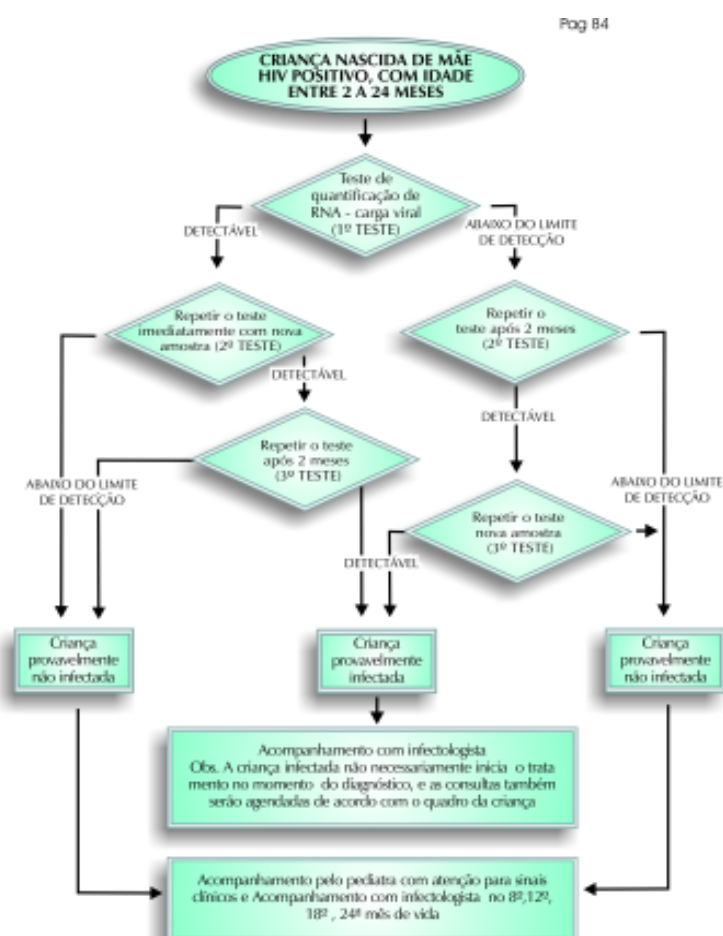
* Dar preferência para Salk (2 e 4 m; e reforço com 15 meses)

** Caso confirme o diagnóstico deve receber mais uma dose da Hepatite B e da HiB

*** Caso confirme o diagnóstico, só deve receber se não apresentar quadro de imunodepressão

Preencher e encaminhar a ficha de investigação epidemiológica ao DS.

3.2.2. FLUXOGRAMA DE CONDUTA EM CRIANÇA NASCIDA DE MÃE INFECTADA PELO HIV



3.3. SÍFILIS MATERNA

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, de caráter sistêmico, com evolução crônica, causada por uma bactéria espiroqueta, *Treponema pallidum*, de alta patogenicidade. De acordo com a forma de transmissão e o tempo de evolução, a doença classifica-se em:

- A. Sífilis adquirida:
 - recente (< 1 ano) - primária, secundária, latente recente;
 - tardia (> 1 ano) - latente e terciária;
- B. Sífilis congênita recente (< 2 anos) e tardia (> 2 anos).

Manifestações Clínicas e Epidemiológicas:

SÍFILIS PRIMÁRIA

A Sífilis Primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial, denominada cancro duro ou protossifiloma, que surge em 1 a 2 semanas após o contato suspeito, acompanhada de adenite satélite. O cancro duro usualmente desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes, e quando localizado no interior da vagina e colo uterino se torna indolor e pode passar despercebido na mulher. As reações sorológicas para Sífilis tornam-se positivas entre a 2ª e 4ª semanas do aparecimento do cancro.

SÍFILIS SECUNDÁRIA

É marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações podem ocorrer desde poucas semanas até um ano do desaparecimento do cancro primário. A lesão mais precoce é constituída por exantema morbiliforme não pruriginoso: a roséola. Posteriormente, podem surgir lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e os condilomas planos que são lesões úmidas, papulosas e circulares altamente contagiosas, localizadas nos genitais e região perianal. As reações sorológicas são sempre positivas. Neste período, pode não existir manifestações visíveis, mas há treponemas localizados em determinados tecidos, assim o diagnóstico só é obtido pelas reações sorológicas. Pode ocorrer com frequência polimicroadenopatia, particularmente de linfonodos cervicais, epitrocleares e inguinais.

Nestas fases iniciais da doença a taxa de transmissão materno-fetal é bastante elevada, em torno de 70 a 100% dos casos.

SÍFILIS TERCIÁRIA:

É considerada tardia geralmente ocorre entre 3 a 12 anos de infecção. Suas manifestações clínicas surgem depois de um período variável de latência, compreendendo as formas cutâneas, ósseas, cardiovasculares, nervosas, entre outras. As reações sorológicas são positivas. As lesões cutâneas caracterizam-se por lesões gomosas e nodulares, de caráter destruti-



vo, também chamada de “**goma sífilítica**”. A sífilis acomete a parte óssea, levando a osteíte gomosa, periostite, osteíte esclerosante, artralgia, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares. O quadro mais freqüente de comprometimento cardiovascular é a aortite sífilítica, aneurisma e estenose coronariana. A Sífilis atinge o sistema nervoso podendo ser assintomática ou sintomática, com as seguintes manifestações: meningite aguda, meningo-vascular, goma do cérebro ou da medula, crise epileptiforme, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par, paralisia geral e tabes dorsalis.

Esta fase tem mais baixo risco de transmissão materno-fetal, sendo ainda importante, em torno de 10 a 30% dos casos.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

O VDRL é um exame sorológico não treponêmico, e deve ser solicitado no 1º, 2º e 3º trimestres da gestação assim como no momento do internamento para o parto e em casos de abortamento. O exame torna-se positivo a partir da 3ª semana do aparecimento do cancro duro e via de regra está mais elevado na fase secundária da doença. Após o tratamento adequado, o exame tende a negativar entre 9 e 12 meses. Títulos baixos podem representar sífilis muito recente ou muito antiga tratada ou não. Três títulos sucessivos menores ou iguais a 1:4 pós-tratamento, não têm indício de reinfecção e sugerem “memória” ou cicatriz sorológica.

FTA-Abs (Fluorescent treponema Antigen Absorbent)

O FTA-Abs é um exame sorológico treponêmico que se torna positivo geralmente a partir do 15º dia da infecção. Os anticorpos treponêmicos tendem a permanecer no soro por toda vida, mesmo após instituição de tratamento, não sendo indicados para o acompanhamento da terapêutica. Gestantes com FTA-Abs não reagente e VDRL reagente, configuram um “**falso-positivo**” e deve-se considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e/ou outras doenças como: hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose e lúpus eritematoso sistêmico.

Na ausência de história de sífilis e/ou tratamento pregressos adequados, a gestante com VDRL reagente, independente da titulação, e FTA-Abs positivo deve ser considerada como portadora de sífilis de tempo indeterminado (sífilis latente tardia) e tratada como tal.

COMPETE À US

Solicitar o VDRL na primeira consulta de pré-natal e no 2º e 3º trimestres;

Tratar a gestante com sífilis e seu parceiro (mesmo sem confirmação diagnóstica do mesmo), imediatamente após o diagnóstico da doença. Se o período de evolução é desconhecido, o esquema terapêutico preconizado é o da sífilis latente tardia.



Quadro 12 - Esquema terapêutico preconizado para sífilis de acordo com a classificação

QUADRO 12

CLASSIFICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	
	Penicilina G Benzatina	
	Posologia	Dose Total
Sífilis primária (< 1 ano)	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), uma única dose	2,4 milhões UI
Sífilis secundária e latente recente (< 1 ano)	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 dias	4,8 milhões UI
Sífilis latente tardia (> 1 ano)	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 e 14 dias	7,2 milhões UI

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas, para isto deverão ser encaminhadas para o Serviço de Referência;

Na impossibilidade da dessensibilização, recomenda-se a administração de estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias na sífilis primária, ou 30 dias na sífilis latente e nos casos em que não for possível a sua classificação.

Considerar **tratamento inadequado** da sífilis materna quando ocorrer:

- terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta;
- história mal documentada do tratamento;
- qualquer tratamento realizado há menos de 30 dias do parto;
- não diminuição dos títulos sorológicos após o tratamento;
- contato sexual com parceiro não tratado ou tratado inadequadamente;

Fazer seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação nas pacientes tratadas. Tratar novamente se não houver resposta clínica ou se houver aumento de pelo menos duas diluições na titulação do último exame de VDRL, como por exemplo, títulos de 1:2 evoluindo para 1:8;

Considerar **tratamento adequado** da sífilis materna quando houver terapia penicilínica completa, remissão clínica, parceiro tratado e manutenção ou declínio dos títulos de VDRL.

Tratar intercorrências da terapêutica como a **Reação de Jarisch-Herxheimer** que consiste numa reação febril e na exacerbação das lesões cutâneas que ocorrem, em geral, após o tratamento da fase primária ou recente da sífilis, quando há uma grande quantidade de treponemas circulantes. O quadro involui espontaneamente em 12 a 48 horas e não há justificativa para a interrupção do tratamento. Indica-se a instituição de medicamentos sintomáticos quando necessário.

- Encaminhar a gestante com VDRL e FTA Abs reagentes ao serviço de referência de pré-natal de alto risco;



- Orientar sexo seguro, pelo uso de preservativo, durante e após tratamento, evitando reinfecção;
- Considerar a associação entre DST e infecção pelo HIV;
- Realizar a consulta puerperal e a orientação de planejamento familiar no pós-parto.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Realizar o pré-natal e o parto das gestantes com VDRL reagente;

Realizar punção lombar na gestante com a associação HIV + sífilis, para definir o esquema terapêutico, pois há risco de desenvolvimento da neurosífilis mais precocemente;

Solicitar VDRL ou teste rápido para sífilis em gestantes admitidas na maternidade (abortamento ou trabalho de parto prematuro ou expulsivo) que não tenham realizado o VDRL durante o pré-natal;

Toda gestante que apresentar mudança na titulação do VDRL no parto deve fazer sorologia para HIV, com exceção daquelas cujo teste anti-HIV tenha sido realizado há menos de 1 mês;

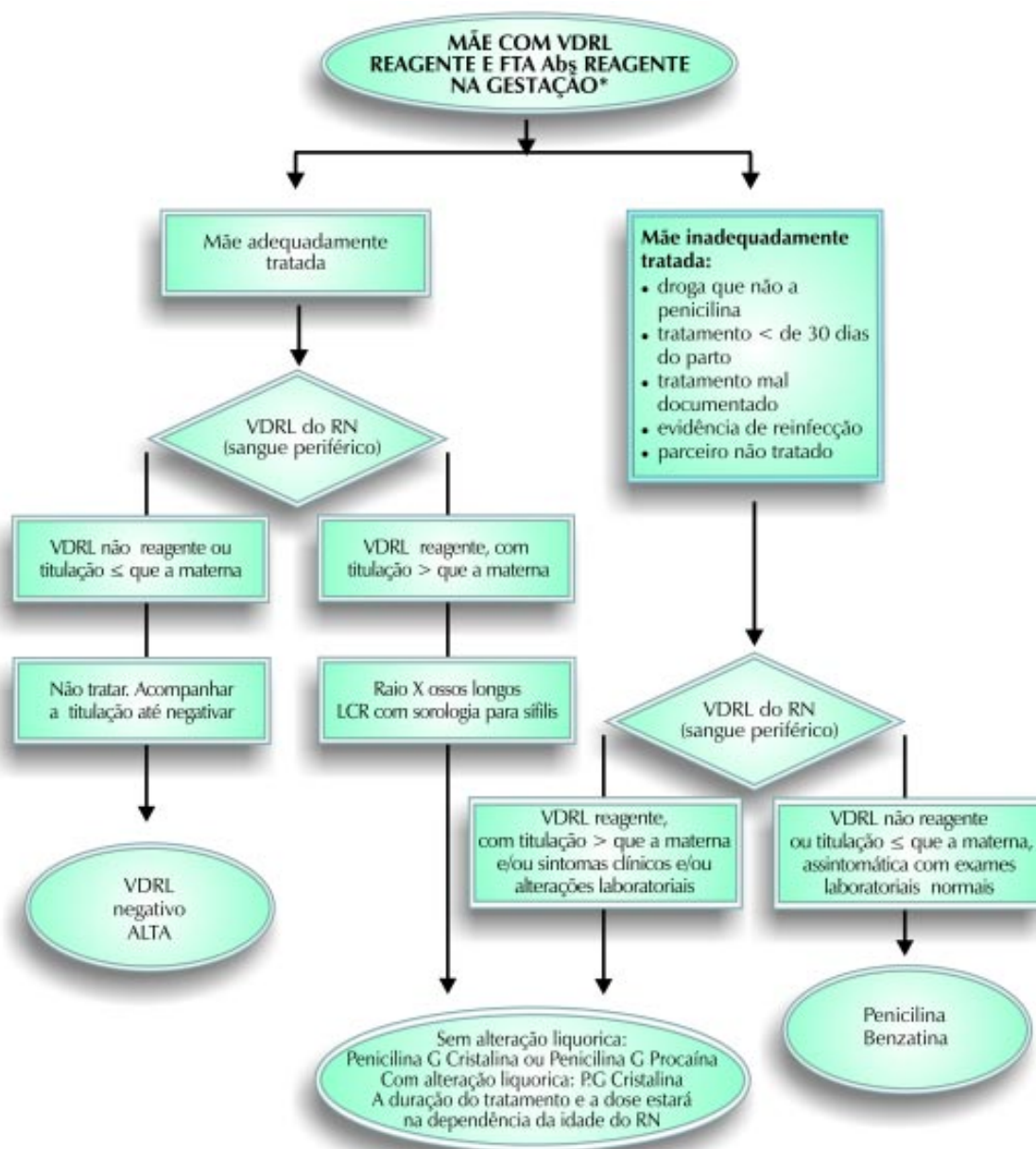
Realizar a investigação e o seguimento de sífilis congênita no recém-nascido conforme este protocolo;

Encaminhar a puérpera à US para a consulta puerperal e de planejamento familiar.

Notificar todos os casos, mesmo os considerados como cicatriz sorológica.



3.3.1. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS MATERNA



3.3.2. SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o seu conceito. Evidências da presença do treponema em fetos de poucas semanas de vida indicam que a infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação, inclusive antes da 16ª semana. Em gestantes não tratadas, a transmissão vertical da infecção ocorre em aproximadamente 70% dos casos na sífilis primária, 70 a 100% na sífilis secundária e 10 a 30% na sífilis latente e terciária. O grau de intensidade das manifestações da sífilis congênita depende de fatores como a época da penetração do treponema, o número e a virulência de treponemas infectantes e o estado imunológico da mãe.

De acordo com as manifestações da doença, a sífilis congênita classifica-se em:

Sífilis congênita recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida)

Os principais sintomas são baixo peso, rinite sanguinolenta, coriza, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite ou osteíte, choro no manuseio, hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias como pneumonia, icterícia, anemia severa, edema, pseudoparalisia dos membros, fissura peribucal, condiloma plano, pênfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas.

Sífilis congênita tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida)

Caracteriza-se por estigmas como tibia em lâmina de sabre, nariz em sela, dentes de Hutchinson (dentes incisivos medianos superiores deformados), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e déficits na aprendizagem.

Natimorto por sífilis

Todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas com mãe portadora de sífilis que não foi tratada ou inadequadamente tratada.

Aborto por sífilis

Todo o aborto (feto ou embrião com menos que 22 semanas de gestação) com mãe portadora de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de sífilis congênita considera aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. Como os anticorpos maternos são transferidos ao conceito, o VDRL poderá ser reagente até os primeiros seis meses de vida e o FTA-Abs/IgG até os 18 meses. Já o FTA-Abs/IgM, por ser um exame de baixa sensibilidade, não é considerado adequado para o diagnóstico.



De acordo com a avaliação clínico-epidemiológica, conceitua-se:

A - Caso Presumível de Sífilis Congênita:

- Toda criança cuja mãe seja portadora de sífilis e que não tenha sido tratada, independente da presença de sintomas, sinais e resultados de exames laboratoriais;
- Toda criança de mãe com sífilis tratada inadequadamente durante a gravidez;

Tratamento materno inadequado: qualquer tratamento realizado há menos de 30 dias do parto, tratamento não penicilínico, tratamento penicilínico com dose e tempo inadequados, não diminuição dos títulos sorológicos após o tratamento, contato sexual com parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou história mal documentada do tratamento.

Toda criança com VDRL reagente associado a situações específicas, sinais físicos ou alterações radiológicas ou líquóricas, ou FTA-Abs/IgM reagente, ou evidência de elevação nos títulos de VDRL.

Toda criança com VDRL reagente após o sexto mês de idade, exceto em situações de seguimento pós-terapêutico ou no caso de sífilis adquirida (abuso sexual).

Aborto ou natimorto de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.

B - Caso Confirmado

Toda criança com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* por meio de técnicas de microscopia - campo escuro, imunofluorescência ou outra coloração específica.

Todo o RN de mãe soropositiva para sífilis ou com sinais clínicos sugestivos, deve ter sangue periférico colhido para a realização de VDRL.

COMPETE AO HOSPITAL

Realizar VDRL (sangue periférico) do RN de mãe com VDRL positivo no parto, independente do tratamento;

Solicitar radiografia de ossos longos, punção lombar e outros exames clinicamente indicados para:

RN de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada;

RN de mãe com sífilis adequadamente tratada mas com sorologia reagente e titulação maior que a materna e/ou na presença de alterações clínicas.



Deve-se pesquisar nos exames:

RX de ossos longos - alterações ósseas nas metáfises e/ou epífises, indicativas de osteocondrite, osteíte e periostite (a presença de bandas translúcidas caracteriza anormalidades metafisárias patognomônicas da infecção);

Punção lombar - alterações na contagem de leucócitos (acima de $25/\text{mm}^3$), dosagem de proteínas (acima de 100mg/dl) e os testes sorológicos para sífilis (VDRL) podem ser reagentes. Na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis.

Realizar avaliação de fundo de olho em todas as crianças sintomáticas.

Tratar de acordo com o esquema abaixo:

Quadro 13 - Tratamento preconizado para crianças com sífilis congênita

QUADRO 13

MÃE COM SÍFILIS	SITUAÇÃO DO RN	TRATAMENTO
adequadamente tratada	SEM clínica SEM alterações radiológicas ou líquóricas COM títulos negativos ou $\leq$ que os maternos	Seguimento ambulatorial
inadequadamente tratada OU não tratada	SEM clínica SEM alterações radiológicas ou líquóricas COM títulos negativos ou $\leq$ que os maternos	Penicilina Benzatina, IM, dose única, 50.000UI/kg
adequadamente tratada OU inadequadamente tratada OU não tratada	SEM alterações líquóricas COM OU SEM clínica e alterações radiológicas COM títulos $>$ que os maternos	Penicilina G Procaína, 50.000UI/kg/dia , IM, por 10 dias OU Penicilina G Cristalina, 100.000UI/kg/dia , IV, RN < 7 dias - 2 x/dia ou RN > 7 dias - 3 x/dia, por 10 dias
adequadamente tratada OU inadequadamente tratada OU não tratada	COM líquido alterado ou não colhido COM OU SEM clínica e alterações radiológicas COM títulos $>$ que os maternos	Penicilina G Cristalina, 150.000UI/kg/dia , IV, RN < 7 dias - 2 x/dia ou RN > 7 dias - 3 x/dia, por 14 dias

Reiniciar o tratamento se houver interrupção do mesmo por mais de 1 dia;

Notificar todos os casos suspeitos e/ou confirmados de sífilis congênita, via aerograma ou telefone, preencher a ficha epidemiológica e encaminhá-la ao DS;



Encaminhar o RN para acompanhamento na US de origem ou no serviço de infectologia pediátrica sem efeito todas as crianças com alteração líquórica deverão ser acompanhadas pela infectologia e monitoradas na US.

COMPETE À US

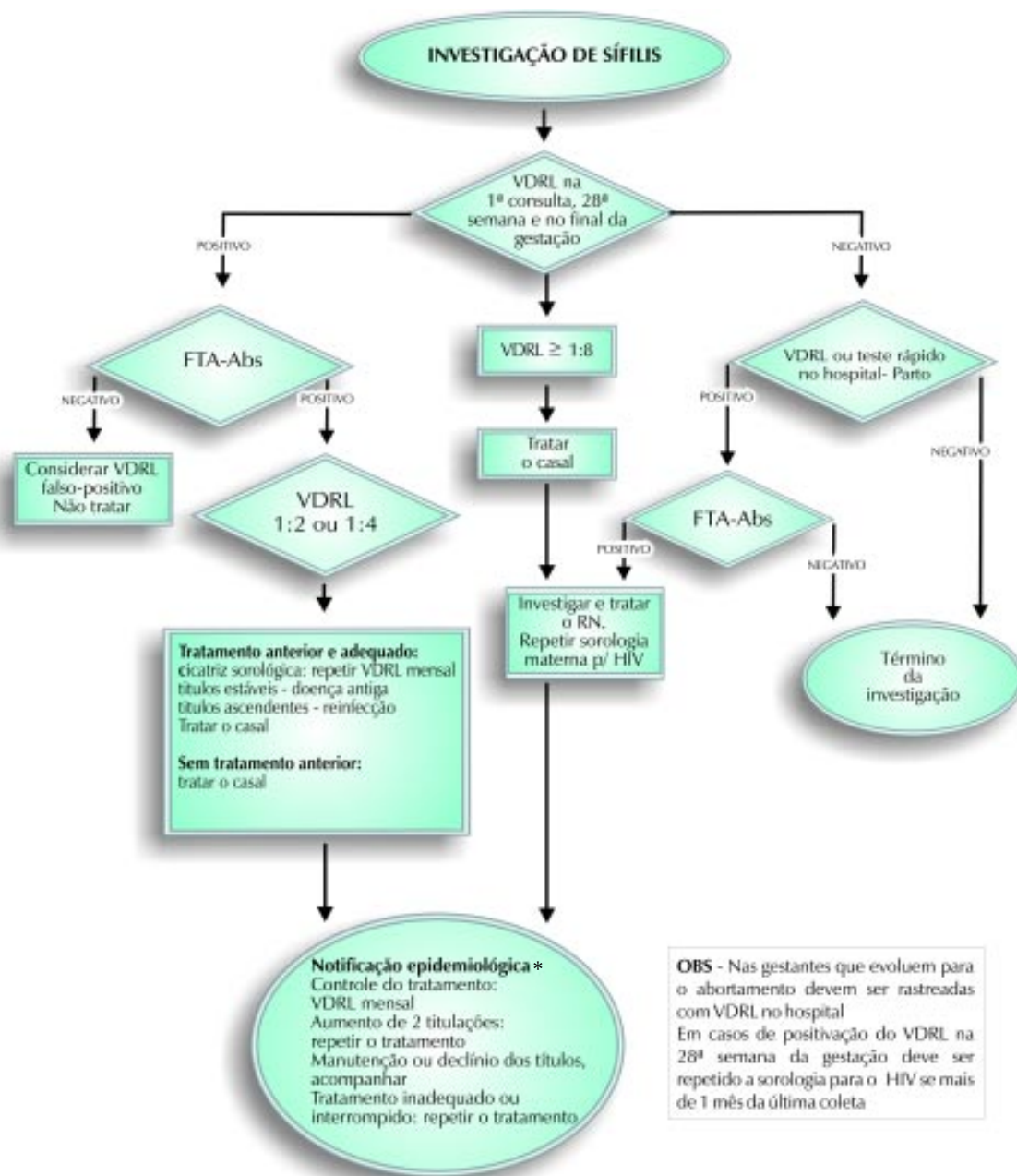
- Acompanhar o RN com consulta mensal, no primeiro ano de vida;
- Realizar VDRL no 1º, 3º, 6º, 12º, 18º mês, interrompendo quando negativar;
- Se houver elevação de títulos sorológicos ou caso não haja negatificação até os 18 meses, reinvestigar o caso;
- Realizar FTA-Abs IgG no 6º, 9º, 12º e 18º mês, interrompendo quando negativar. Caso negativo, a criança não foi infectada. Parar o acompanhamento e dar alta. Caso se mantenha positivo até 18 meses, confirma-se a infecção congênita
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral para as crianças infectadas;
- Crianças com alteração de líquido devem ser referidas ao hospital para controle semestral de líquido até a sua normalização;
- Nos casos de crianças tratadas inadequadamente, na dose e/ou tempo preconizados, deve-se proceder à reavaliação clínico-laboratorial;
- Se houver alterações, reiniciar o tratamento conforme o caso, obedecendo aos esquemas preconizados;
- Se normal, fazer seguimento ambulatorial.

No período pós-neonatal (após 28º dia de vida)

Crianças com quadro clínico sugestivo de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo à rotina referida. Confirmando-se o diagnóstico, deve-se proceder o tratamento preconizado e observar o intervalo das doses de Penicilina G Cristalina, de 4/4 horas, e de Penicilina G Procaína, de 12/12 horas.



3.3.3. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA



* Solicitar VDRL do RN com um mês de vida e encaminhar para Infectologia Pediátrica



3.4. TUBERCULOSE NA GESTAÇÃO

A gestante com diagnóstico de tuberculose pulmonar e baciloscopia positiva deverá ser tratada com o esquema básico em caso novo, isto é : sem tratamento anterior, ou por menos de 30 dias, ou tratamento anterior há mais de 5 anos. Em casos de retratamento, recidiva pós cura ou retorno após abandono, em que já foi utilizado o esquema básico, tratar com esquema básico + etambutol. Estes tratamentos podem ser realizados em qualquer período da gestação, de forma semelhante às de pacientes não gestantes.

As demais formas de tuberculose: pulmonar com baciloscopia negativa e extra-pulmonar deverão ser encaminhadas à referência em tisiologia do CRE Metropolitano, para avaliação e condução. Gestantes portadoras de co-infecção tuberculose-HIV/AIDS deverão ser avaliadas pela referência em AIDS-HIV do município, independente da forma de tuberculose. Uma vez confirmado o diagnóstico, a gestante retornará à Unidade de Saúde Básica que fará o acompanhamento.

Quadro 14 - Esquema Básico (Esquema I) – 2 RHZ/4RH - Casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceção à forma meningoencefálica)

QUADRO 14

Fases do tratamento	Drogas	PESO CORPORAL			
		< 20 kg (mg/kg/dia)	20 a 35 kg (mg/dia)	35 a 45 kg (mg/dia)	> 45 kg (mg/dia)
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	Z	10	200	300	400

R – Rifampicina, H – Isoniazida, Z – Pirazinamida

Quadro 15 - Esquema Básico + Etambutol (Esquema IR) – 2 RHZE/4RHE – Casos de recidivas após cura ou retorno após abandono do esquema I

QUADRO 15

Fases do tratamento	Drogas	PESO CORPORAL			
		< 20 kg (mg/kg/dia)	20 a 35 kg (mg/dia)	35 a 45 kg (mg/dia)	> 45 kg (mg/dia)
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1.200

R – Rifampicina, H – Isoniazida, Z – Pirazinamida, E – Etambutol



ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO

Realizar baciloscopia de controle mensalmente, sendo indispensáveis as do 1º, 2º, 4º e 6º mes de tratamento.

ORIENTAÇÕES SOBRE O PARTO E O ALEITAMENTO MATERNO NAS GESTANTES EM TRATAMENTO

A transmissão da doença se faz, usualmente, pela inalação de gotículas de vias aéreas superiores de um doente, sendo a porta de entrada, em geral, o trato respiratório. A instituição de medidas de precaução em relação ao parto e à amamentação depende da forma clínica da tuberculose materna (quadro 16).

Quadro 16 - Conduta quanto ao parto, ao recém-nascido e à amamentação de acordo com as formas clínicas de tuberculose materna

QUADRO 16

FORMA CLÍNICA	CONDUTA
Tuberculose pulmonar Mãe bacilífera (não tratada ou tratada há menos de 3 semanas do parto) Mãe não bacilífera (tratada há mais de 3 semanas do parto)	Parto em maternidade geral, com isolamento respiratório; Diminuir o contato íntimo entre mãe e filho Amamentar com máscara ou similar e lavar cuidadosamente as mãos antes de manipular o bebê; Iniciar quimioprofilaxia do RN com isoniazida 10mg/kg/dia, durante 3 meses. Realizar PPD no RN: após 3 meses de quimioprofilaxia: – exame positivo – manter quimioprofilaxia por mais três meses, – exame negativo – interromper quimioprofilaxia e vacinar com BCG. Parto em maternidade geral, sem isolamento respiratório; Manter a amamentação; Vacinar com BCG.
Tuberculose Extrapulmonar	Realização do parto em maternidade geral; Amamentação sem restrições.

TUBERCULOSE CONGÊNITA

A tuberculose congênita é rara, mas infecções intra-uterinas podem ocorrer após bacilemia por *M. tuberculosis* na gestante. A localização do complexo primário no recém-nascido pode ser no pulmão em casos de aspiração de líquido amniótico contaminado, e no fígado, se houver granulomas tuberculosos na placenta. As gestantes com tuberculose pulmonar têm baixa probabilidade de infectar o feto, mas podem infectar seu lactente após o parto.



Na suspeita de tuberculose congênita, deve-se realizar os seguintes exames:

- Investigação do recém-nascido com exame físico minucioso;
- Exame anatomo-patológico da placenta, baciloscopia e cultura para BAAR;
- Radiografia de tórax;
- Ecografia abdominal;
- Baciloscopia e cultura para BAAR do líquido e lavado gástrico.

Se houver confirmação diagnóstica, tratar com esquema tríplice.

3.5. HEPATITE B NA GESTAÇÃO

A hepatite B é uma doença grave, cujo agente etiológico é o HBV (vírus da hepatite B), e com evolução para cirrose hepática, câncer hepatocelular, insuficiência hepática e óbito. Aproximadamente 500 milhões de pessoas são portadoras de hepatite B no mundo. Algumas regiões como o estado do Paraná são consideradas como de alta endemicidade para hepatite B. Em Curitiba, a média de mulheres portadoras de hepatite B em idade reprodutiva (15 a 49 anos) é de 103/ano, no período compreendido entre 1998 a 2002. Em Porto Alegre, a prevalência de portadoras de hepatite B na gestação é de 0,73%.

A transmissão de hepatite B se faz por via parenteral, sexual, contato íntimo familiar (transmissão horizontal) e de mãe para filho (transmissão vertical). Na exposição perinatal, a transmissão mãe/filho pode se fazer durante o parto, pela exposição do RN ao sangue ou líquido amniótico, durante a passagem pelo canal vaginal, pela amamentação e mais raramente, por via transplacentária. O vírus é excretado no leite materno mas não há contra-indicação da amamentação.

No período neonatal, o risco de infecção pelo HVB de recém-nascidos de mães HbsAg reagentes é de 80 a 90%. Bebês contaminados apresentam 90% de chance de se tornarem portadores crônicos e 25% dessas crianças irão a óbito por doença hepática manifesta na idade escolar ou na idade adulta.

No programa Mãe Curitibana, a triagem de hepatite B é feita pela detecção do HbsAg no soro materno e será realizada em gestantes que apresentem os seguintes fatores de risco:

- Múltiplos parceiros;
- Uso de droga Injetável ou parceiro sexual usuário de droga injetável;
- Hemodiálise;
- Politransfundida;
- Portadoras de outras DST;
- Profissionais da área de saúde não vacinadas;
- Portadoras de tatuagens e vários piercings;
- Contato familiar de portador de hepatite B;
- Antecedentes de hepatite de etiologia não confirmada.



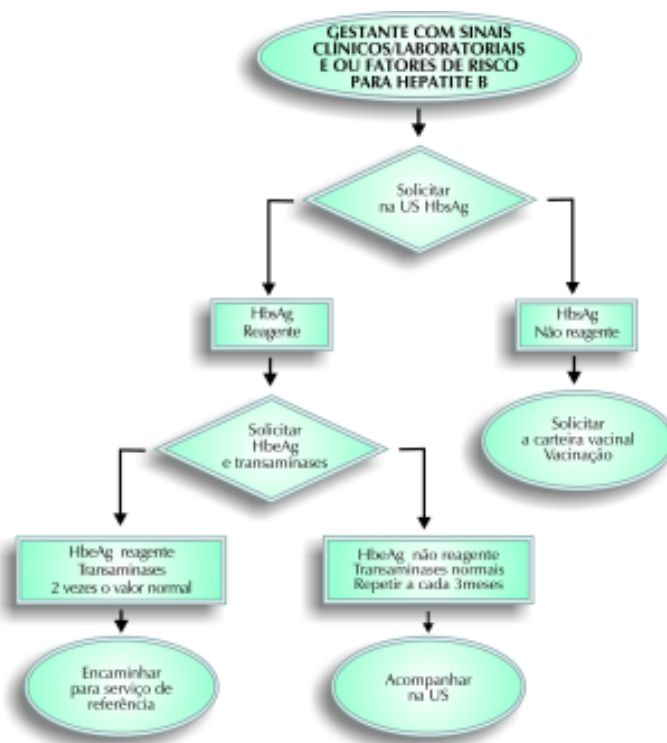
Gestantes com HbsAg não reagente deverão ser vacinadas. Aquelas com HbsAg reagente serão submetidas à investigação de HbeAg e de aminotransferases : AST e ALT (nova nomenclatura para as transaminases :TGO e TGP) para avaliação do grau de infectividade da doença e do comprometimento hepático. Os casos com alto grau de infectividade (Hbe-Ag reagente) ou com elevação de aminotransferases deverão ser acompanhadas em serviços de referência (Ambulatório de Hepatovírus - Hospital de Clínicas e Ambulatório de hepatites, CRE – Metropolitano). Aquelas com HbeAg não reagente e aminotransferases normais ou pouco elevadas serão acompanhadas pela US e monitoradas trimestralmente. O quadro 17 ilustra estas situações:

Quadro 17 - Interpretação dos resultados dos exames de hepatite B

QUADRO 17

HBSAG –	ANTI HBS+	IMUNIDADE
HbsAg -	Anti Hbs -	Suscetível
HbsAg +	HbeAg +	Alta infectividade
HbsAg +	HbeAg -	Baixa infectividade
Transaminases	Normais	Acompanha na US
Transaminases	Elevada	Referência

3.5.1. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B NA GESTAÇÃO



COMPETE AO HOSPITAL:

Determinar a via de parto de acordo com a indicação obstétrica - estudos realizados em áreas de alta endemicidade mostraram que a prática sistemática de cesárea não reduziu a taxa de transmissão vertical.

Lavar o RN e retirar todo o vestígio de sangue e/ou secreção materna;

Administrar uma dose de 0,5 ml, IM, de gamaglobulina específica contra Hepatite B (IgHB) ou 1,5 ml, IM, de imunoglobulina "standard" em até 24 horas (preferencialmente nas primeiras 12 horas);

Vacinar RN com vacina contra hepatite B - se aplicada no mesmo momento que a IgHB, não utilizar a mesma seringa e agulha e aplicar em local diferente Encaminhar os recém-nascidos sintomáticos para avaliação no serviço de referência de infectologia.

A imunoglobulina está disponível no Centro Regional de Imunobiológicos Especiais (CRIE) do Centro Regional de Especialidade Barão (CRE Barão) ou na US 24 horas Boa Vista (das 18 às 7 horas e nos finais de semana). Deve ser solicitada pela maternidade, em receituário comum contendo o nome da mãe, a dose prescrita e o endereço completo da paciente que receberá a imunoglobulina

CRIE:. 322 2299 ramal 237 e US 24h Boa Vista. 257 2226 ou 2576577 falar com a enfermeira de plantão.

95

COMPETE À US

- Notificar os casos de hepatite B;
- Incentivar a amamentação mesmo que haja sangramento em fissura mamária;
- Encaminhar os recém-nascidos sintomáticos para avaliação no serviço de referência de infectologia e monitorar o tratamento;

Para os recém-nascidos assintomáticos:

Completar as doses da vacina – no 1º e 6º mês;

Fazer dose adicional de vacina para o RN com peso ao nascer < 2000 g e idade gestacional < 34 semanas ou mãe HIV+ e HbsAg + no 1º, 2º e 6º mês;

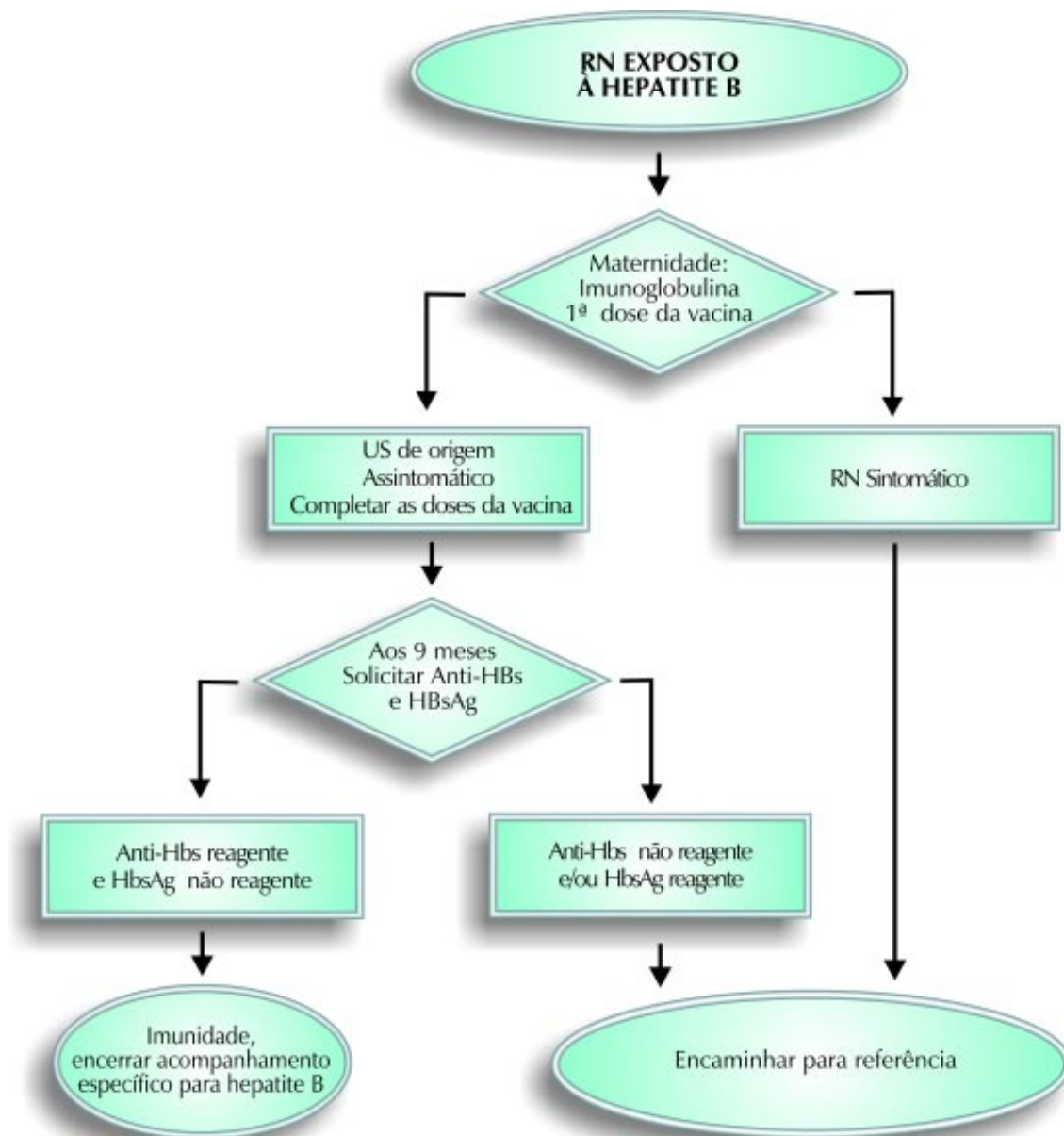
Solicitar Anti-Hbs e HbsAg do RN no 9º mês:

Anti-Hbs positivo e HbsAg negativo – imunidade confirmada, encerrar o acompanhamento específico para hepatite B

Anti-Hbs negativo e/ou HbsAg positivo - encaminhar para referência



3.5.2. FLUXOGRAMA DA PROTEÇÃO DO RECÉM-NASCIDO EXPOSTO À HEPATITE B



*Prevenção
e Tratamento
das Patologias
Associadas
à Prematuridade*



IV - Prevenção e Tratamento das Patologias Associadas à Prematuridade

4.1. TRABALHO DE PARTO PREMATURO

O trabalho de parto prematuro (TPP) é responsável por 50% dos partos pré-termos (PP) e 75% da mortalidade perinatal. Consiste no trabalho de parto que ocorre antes da 37ª semana gestacional e caracteriza-se por 6 a 8 contrações uterinas em uma hora ou no mínimo 3 contrações em 30 minutos, levando a alterações na maturação cervical (apagamento ou dilatação do colo uterino) com membranas corioamnióticas íntegras ou não. Sua incidência no Brasil é de 12% e em Curitiba é de 6,4% (SINASC, 2003).

Tem como principais fatores predisponentes a baixa condição socioeconômica, a assistência pré-natal inadequada e a infecção geniturinária (McGregor, 2000). Medidas de prevenção do TPP e da morbi-mortalidade neonatal englobam:

- Melhora do diagnóstico e controle de infecções no período pré-concepcional;
- Melhora da qualidade do pré-natal;
- Rastreamento, diagnóstico e monitoramento de gestantes com risco para TPP no pré-natal;
- Programas de suplementação nutricional;
- Uso adequado de corticoterapia e terapia tocolítica;
- Encaminhamento precoce de todos os casos suspeitos e/ou diagnosticados de TPP para serviços de referência para alto risco;

A transferência de todas as gestantes em TPP, com idade gestacional (IG) < 34 semanas para centros de referência secundários e terciários (unidade de terapia intensiva- UTI). Diminui a mortalidade neonatal em 60% dos casos.

O TPP diferencia-se da ameaça de trabalho de parto prematuro porque nesta condição há contratilidade uterina anormal, ou seja, mais de 2 a 3 contrações uterinas dolorosas em 1 hora (após a 28ª semana), sem alterar o colo uterino.

FATORES DE RISCO PARA O TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Os fatores de risco para TPP devem ser investigados na consulta pré-concepcional e/ou na primeira consulta de pré-natal e/ou nas consultas subsequentes e são eles:

- Gestação anterior com TPP;
- Idade materna < 16 anos e > 35 anos;
- Desnutrição materna;



- Atividade física materna extenuante;
- Isoimunização RhD;
- Diabetes mellitus;
- Síndromes hipertensivas - Doença hipertensiva específica da gestação, Hipertensão arterial sistêmica crônica;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Tabagismo;
- Cardiopatia materna;
- Patologias uterinas: incompetência istmo-cervical, malformações, leiomiomas;
- Distensão uterina: gêmeos, polidrâmnio;
- Violência e trauma materno.

Infecções Maternas:

Trato urinário: bacteriúria assintomática, pielonefrite não tratada ou de repetição,

Trato genital: sífilis, gonorréia, infecção por estreptococo do grupo B, clamídia e tricomonas e vaginose bacteriana.

Outras infecções: apendicite, pneumonia;

Rotura prematura de membranas.

A SMS está instituindo a gestão dos casos de trabalho de parto prematuro e de infecção urinária na gestação tendo em vista a importância destes fatores na evitabilidade da prematuridade.

COMPETE À COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

- Monitorar os internamentos de gestantes por ITU e TPP;
- Enviar em tempo hábil a relação destas gestantes aos DS;
- Orientar e auxiliar o encaminhamento de gestantes de risco.

COMPETE À US

- Proceder a rotina de exames laboratoriais do programa para detecção precoce dos fatores de risco;
- Solicitar estudo microbiológico, exame a fresco, bacterioscopia e cultura da secreção vaginal. Quando houver alteração no exame citopatológico como flora cocóide ou história clínica de leucorréia crônica, para esclarecimento do diagnóstico;
- Solicitar cultura de urina em toda gestante com ITU para acompanhamento e controle de cura;
- Encaminhar precocemente a gestante com quadro sugestivo de TPP à consulta médica e/ou hospital de referência;



- Alterar a vinculação da gestante para maternidade de alto risco;
- Fazer busca ativa e monitoramento de toda gestante internada por TPP.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Avaliar a gestante e as informações descritas na carteira da gestante;
- Fazer anamnese e exame físico;
- Realizar cardiotocografia em pelo menos 30 minutos, na presença de contrações uterinas;
- Solicitar exames complementares para investigação de infecção materna como hemograma completo, urinálise, proteína C reativa;
- Realizar ecografia para avaliar idade gestacional, índice de líquido amniótico (ILA), localização e maturidade da placenta, comprimento do colo uterino;
- Proceder a inibição do TPP, tratar os fatores associados e instituir corticoterapia quando indicados;
- Promover assistência diferenciada ao parto na inevitabilidade do mesmo;
- Registrar na carteira da gestante as informações pertinentes ao caso (resultado de exames, diagnóstico, terapêutica e procedimentos realizados);
- Encaminhar a gestante à US após alta hospitalar.

MANEJO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Quando ocorrer queixa compatível com trabalho de parto prematuro é importante questionar:

- A gestante está em TPP;
- As membranas estão íntegras;
- O feto é prematuro;
- Há fatores de risco presentes.

A avaliação clínico-obstétrica criteriosa permitirá a elucidação do caso e deve englobar:

ANAMNESE

- Investigar a história do “trabalho de parto” - número, frequência, duração e intensidade das contrações uterinas;
- Questionar sobre a cor, odor, quantidade e presença de sangue ou não no líquido vaginal;
- Confirmar a idade gestacional, através dos dados da carteira da gestante e da ecografia (se feita até 24 semanas);
- Pesquisar fatores de risco para TPP identificados na gestação atual ou anterior e outras doenças;
- Avaliar o perfil psico-social.



EXAME FÍSICO

- Identificar sinais de infecção materna: temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial;
- Avaliar batimentos cardíofetais;
- Determinar a altura uterina (AU) que deve ser compatível com a idade gestacional, determinada pela data da última menstruação (DUM) e ecografia obstétrica previamente realizada;
- Avaliar a apresentação fetal pois no TPP a apresentação pélvica é muito freqüente;

Realizar exame especular, em primeiro lugar, se houver relato de perda de líquido e/ou sangramento vaginal:

- Comprovar a saída de líquido pelo orifício do colo uterino e observar cor, quantidade, presença de mecônio, secreção vaginal com aspecto infeccioso e com odor,
- Comprovar e identificar a origem do sangramento;
- Coletar secreção cervico-vaginal para pesquisa de infecções quando necessário,
- Realizar toque vaginal para avaliação da dilatação cervical e da altura da apresentação. Se houver sangramento e/ou rotura prematura de membranas, o toque está contra-indicado para evitar piora do quadro hemorrágico e infecção;
- Avaliar a contratilidade uterina colocando a mão sobre o fundo uterino e contando o número de contrações num período mínimo de 15 minutos;

Toda gestante com clínica de trabalho de parto prematuro e/ou rotura prematura de membranas deve obrigatoriamente ser encaminhada ao hospital de referência para confirmação diagnóstica e conduta terapêutica.

CONDUTA

A conduta dependerá das condições do feto, da iminência de parto, da disponibilidade de recursos locais e de transporte seguro para um centro de referência.

MEDIDAS GERAIS

O repouso em decúbito lateral esquerdo melhora o fluxo sangüíneo placentário e cessa as contrações uterinas em 50% dos casos;

A hidratação diminui a frequência das contrações e justifica-se pois 60% destas gestantes têm volume plasmático menor do que 3 desvios padrão (Goodlin e cols,1981). Esta conduta deve ser evitada na presença de cardiopatias e nefropatias.



4.1.1. TOCÓLISE

A inibição do TPP deverá ser instituída após o rastreamento de contra-indicações para este procedimento.

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS

- Sofrimento fetal e morte fetal;
- Cardiopatia e/ou nefropatia descompensadas;
- Doença Hipertensiva Específica da Gestação/Eclampsia;
- Hipertireoidismo;
- Diabetes mellitus descompensado.
- Hemorragia anteparto;
- Amniorrexe prematura com corioamnionite;

CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS

- Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica leve/moderada;
- Cardiopatia e/ou nefropatia controladas;
- *Diabetes mellitus* controlado;
- Isoimunização RhD;
- Amniorrexe prematura sem corioamnionite;
- Crescimento uterino restrito;
- Gestação múltipla;
- Uso materno de diurético depletors de potássio.

AGENTES TOCOLÍTICOS

O uso de agentes tocolíticos tem se mostrado efetivo nas primeiras 24 a 48 horas de admissão da gestante com TPP; tempo este suficiente para a administração de corticoterapia e/ou a transferência da gestante para centros de referência terciários. Não há evidências de benefício do uso prolongado de tocolíticos no TPP. O sucesso da tocolise é inversamente proporcional à dilatação cervical. Dilatações maiores que 4 cm associam-se a altos índices de amniorrexe e falha terapêutica.

Os agentes tocolíticos de primeira escolha, em nosso meio, são os agonistas beta-adrenérgicos. Uma nova opção terapêutica, que tem se mostrado eficaz na inibição temporária do TPP e num menor tempo de permanência hospitalar, é o uso de terbutalina via subcutânea, em dose única. A administração por via oral desses agentes não deve ser preconizada por não prolongar a gestação e não reduzir a recorrência do TPP.

Os agentes tocolíticos preconizados estão descritos no quadro 18.



Quadro 18 – Principais agentes tocolíticos preconizados para inibição do trabalho de parto prematuro.

QUADRO 18

	AGONISTAS BETA-ADRENÉRGICOS	BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO	INIBIDORES DA SÍNTESE DE PROSTAGLANDINAS
Agentes	Terbutalina ou salbutamol	Nifedipina	Indometacina
Apresentação	Ampolas com 0,5 mg em 1 ml	Comprimidos 10 mg	Supositórios 100 mg e cápsulas 25 ou 50 mg
Indicação	1ª escolha em nosso meio	Cardiopatias	Falha terapêutica ou contra-indicação aos agonistas beta-adrenérgicos, FC materna > 120 bpm
Contra-indicação	Hipersensibilidade ao fármaco, Gestantes com FC > 120 bpm, cardiopatia	Hipersensibilidade ao fármaco, insuficiência placentária, uso de outros agentes anti-hipertensivos	Hipersensibilidade ao fármaco, Idade gestacional > 32 semanas
Via de administração e dose	Terbutalina: IV - 0,01mg/min, IV, aumentar 0,005 mg/min a cada 10 min, dose máxima 0,025 mg/min. SC - 0,25 mg, SC, repetir em 1 a 4 h até inibição do TPP. Salbutamol: 5mg em 500 ml de SG 5%, iniciar 10 gotas/min e aumentar 5 gotas/min a cada 20 min até cessar contrações ou FC materna < 120 bpm.	30 mg, VO, seguida de 20 mg, VO, de 8/8 h	100 mg, via retal, seguida de 25 mg, VO, 6/6 h, até 72 h.
Efeitos adversos	Tremor de extremidades, cefaléia, taquicardia, arritmias, hipotensão, angina, vasodilatação periférica, sudorese, vômito, dificuldade para urinar, hipocalemia, broncoespasmo paradoxal e edema pulmonar.	Hipotensão arterial, calor, rubor facial, taquicardia, cefaléia, tontura, hiperplasia gengival, edema periférico.	Inibição da agregação plaquetária, hiperbilirrubinemia neonatal, diminuição do peso fetal, fechamento precoce do ducto arterial (uso prolongado e IG > 32 sem), Oligodramnia.



4.1.2. CORTICOTERAPIA

A corticoterapia reduz de forma eficaz o *distress* respiratório, a hemorragia intraventricular fetal e a mortalidade neonatal entre 24 a 34 semanas de gestação. Os critérios de uso são:

- Diagnóstico claro do TPP;
- Idade gestacional compreendida entre 24 a 34 semanas;
- Gestantes sem contra-indicação para a realização do parto em 24 a 48 horas;
- Gestantes sem contra-indicação para uso de corticóide;
- Bem estar fetal.

Evidências atuais mostram benefício com até dois pulsos de corticóide, dependendo da idade gestacional da primeira dose aplicada, com intervalo mínimo de 7 dias (quadro 19). Não há indicação de mais de dois pulsos pelo risco de desenvolvimento de síndrome de Cushing neonatal.

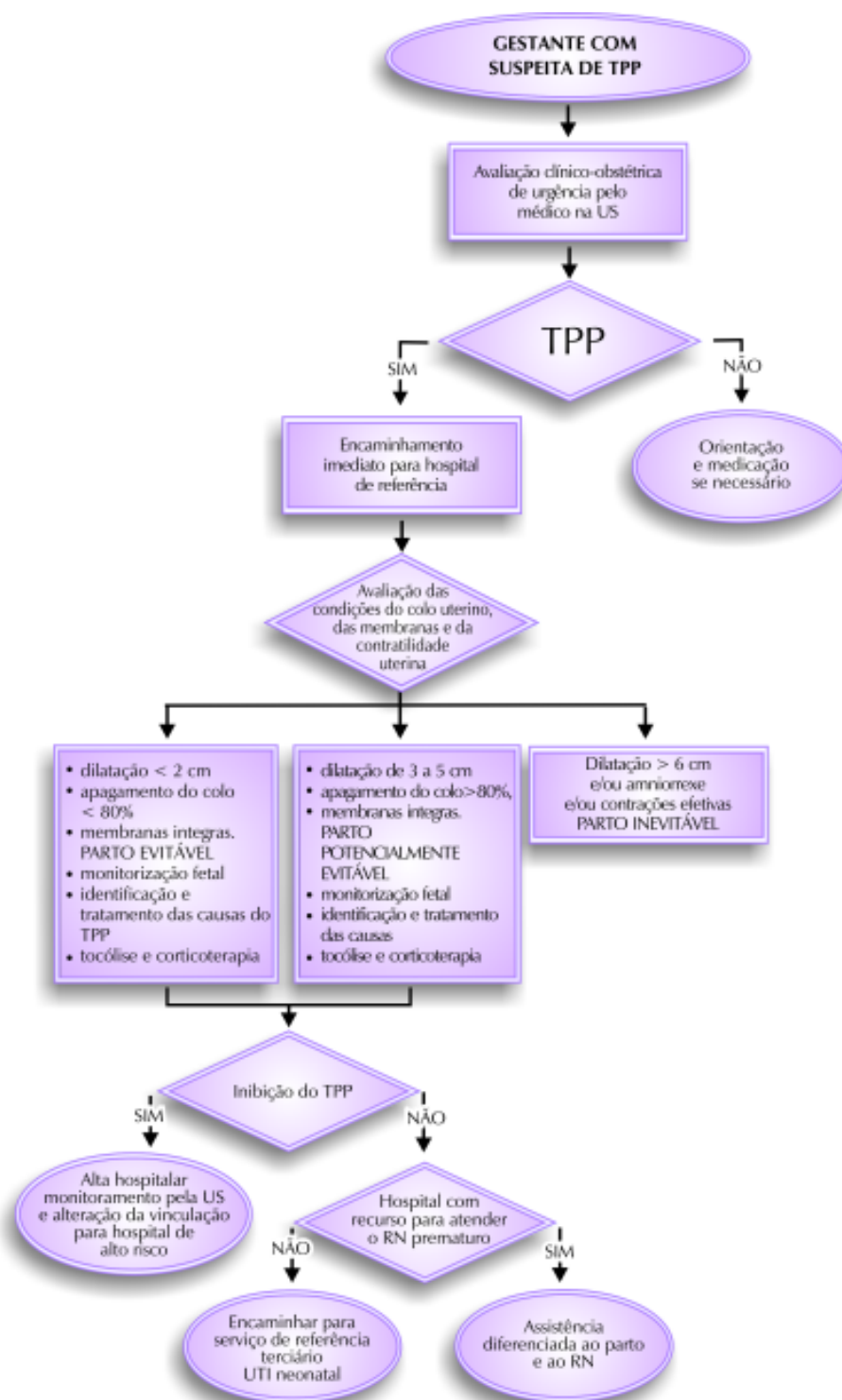
Quadro 19 – Pulso de corticoterapia para prevenção de *distress* respiratório no RN.

QUADRO 19

MEDICAMENTOS	UM PULSO
Betametasona (ampolas de 1 ml com 6 mg)	12 mg (2 ampolas), IM; repetir esta dose após 24 h (Total de 4 ampolas)
Dexametasona (ampolas de 2,5 ml com 2 mg/ml = 5 mg)	10 mg (2 ampolas), IM, de 12/12 h, por 2 dias (Total de 8 ampolas)



4.1.3. FLUXOGRAMA DE ORIENTAÇÃO NA CONDUTA DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO



4.2. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA GESTAÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais frequentes em todo mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sua ocorrência nos países industrializados, em 1990, foi de um caso para cada 100 pessoas/ano. Nos países em desenvolvimento, correspondem a um quinto das principais causas de procura por serviços de saúde. No Brasil, estima-se que 10 a 12 milhões de casos de DST curáveis ocorrem anualmente.

O atendimento inadequado por funcionários despreparados e preconceituosos aos portadores de DST, em locais de atendimento sem privacidade, acarreta segregação do paciente e exposição a situações de constrangimento, o que contribui para a não procura aos serviços de saúde.

Estudos recentes revelam que pessoas portadoras de DST, quando expostas ao HIV, apresentam maior probabilidade de se tornarem infectadas, e quando infectadas, maior probabilidade de transmitir o vírus. A associação de vários tipos de DST é muito frequente, dentre elas a associação de gonorréia e clamídia. Em relação à gestação, evidências científicas mostram que úlceras genitais e vulvovaginites durante o ciclo grávido-puerperal associam-se à maior ocorrência de coriamnionite, trabalho de parto prematuro, aminorrexe prematura, prematuridade, baixo peso ao nascer, abortamento, endometrite, mortalidade materna e neonatal.

TRANSMISSÃO

O principal modo de transmissão das DST é o contato íntimo e a relação sexual por via vaginal, anal ou oral. Outros modos de transmissão incluem as transfusões sanguíneas ou outras formas de contato com sangue ou hemoderivados (sífilis, hepatite B, hepatite C, HIV). Pode ocorrer transmissão da mãe para o filho no período gestacional, durante o parto e/ou durante a amamentação.

Dentre os fatores sociais e culturais que influenciam a transmissão das DST estão:

- Não adotar medidas de “sexo seguro”: desconhecimento sobre como usar o preservativo, não gostar de usar preservativo;
- Demora na busca por assistência: sintomatologia leve ou inexistente, mais frequente em mulheres, vergonha e constrangimento pelo estigma associado às DST;
- Não realizar ou não concluir o tratamento prescrito: falta de convicção de que o tratamento seja eficaz, interrupção do tratamento por acreditar que o desaparecimento dos sintomas signifique a cura, medo que o tratamento faça mal para seu bebê, custo do tratamento, falta de confiança no serviço ou no profissional de saúde;
- Deixar de comunicar os parceiros para que estes recebam o tratamento adequado: medo, vergonha, preconceito, raiva.

Embora as DST tenham agentes etiológicos distintos, a sintomatologia encontrada caracteriza um número limitado de síndromes clínicas. A abordagem sindrômica possibilita a identi-



ficação dos prováveis agentes etiológicos de uma determinada síndrome clínica. O quadro 20 descreve os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.

Quadro 20 – Síndromes clínicas e seus agentes etiológicos mais comuns

QUADRO 20			
SÍNDROME	SINTOMAS MAIS COMUNS	SINAIS MAIS COMUNS	ETIOLOGIAS MAIS COMUNS
Corrimento genital	corrimento vaginal prurido, dor à micção, dor durante a relação sexual odor fétido	edema de vulva,vagina e cervix, hiperemia de vulva corrimento vaginal	Vulvovaginite: Tricomoníase Vaginose Bacteriana Candidíase
		Muco/pus cervical colo friável dor a mobilização do colo	Cervicite: Gonorréia Infecção por clamídia
Corrimento uretral	corrimento uretral prurido estrangúria polaciúria odor fétido	corrimento uretral	Gonorréia Infecção por clamídia, Tricomonas, Mycoplasma ou Ureaplasma
Úlcera genital	ferida dolorosa ferida indolor prurido ardência	úlceras genitais aumento dos linfonodos inguinais fístulas	Sífilis Cancro mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou dor pélvica	dor ou desconforto pélvico dor durante a relação sexual	corrimento cervical dor à palpação abdominal dor a mobilização do colo temperatura > 38°C	Gonorréia Infecção por clamídia Vaginose bacteriana

Fonte: Manual de Controle de DST, MS Brasil 2000

MANEJO

A prevenção de intercorrências gestacionais e neonatais decorrentes destas patologias depende da detecção precoce e do tratamento adequado das mesmas.

Cabe às equipes de saúde:

Determinar, durante a anamnese das gestantes, o escore de risco para cervicite. Se o escore for maior ou igual a 2, há maior probabilidade de cervicite sintomática ou não (portadora assintomática) por gonococo e/ou clamídia.



ANAMNESE	PONTOS
Parceiro com corrimento uretral	2
Gestante menor de 20 anos	1
Mais de um parceiro nos últimos 3 meses	1
Parceiro novo nos últimos 3 meses	1
Sem parceiro fixo	1
ESCORE	(soma dos pontos)

FONTE: manual de controle de DST ,MS,Brasil,2000

Realizar exame ginecológico na 1ª consulta de pré-natal e entre a 24ª e a 26ª semana de gestação. Investigar qualquer queixa de corrimento genital em qualquer idade gestacional.

O exame deve contemplar:

Exame da genitália externa: vulva, ânus, períneo e região inguinal, à procura de linfonodos aumentados;

Exame especular – observar sinais de cervicite mucopurulenta e colo friável. E na suspeita de vaginose bacteriana, colher material para bacterioscopia da secreção vaginal, em seguida realizar coleta de secreção para o teste das aminas com KOH a 10%. Pingar 2 gotas desta solução na secreção vaginal coletada em lâmina e aguardar 1 minuto. Considera-se resposta positiva se a lâmina exalar odor de peixe podre.

Na suspeita de infecção por gonococo solicitar cultura de secreção cervical e/ou uretral (coletadas no Laboratório Municipal).

Toque vaginal - detectar dor à mobilização do colo;

Após o exame o profissional deve registrar no prontuário a presença e o tratamento de corrimentos e úlceras genitais e notificar as DST diagnosticadas;

orientar as gestantes a não utilizar duchas vaginais para a higiene local e monitorar o tratamento de DST da gestante e de seu parceiro.

CORRIMENTOS GENITAIS

O corrimento genital é um sintoma comum às vulvovaginites e cervicites, cujos principais agentes etiológicos são *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Candida albicans*. No ciclo grávido-puerperal estes agentes predispõem à complicações gestacionais, como a coriamnionite e o TPP; complicações puerperais como a endometrite e infecções de feridas operatórias; e complicações neonatais como pneumonia e septicemia. As principais formas de contaminação fetal são a hematogênica e o canal de parto.



A candidíase é a primeira causa de vulvovaginite no Brasil. Na maioria dos casos, a transmissão é endógena, por ser a cândida um fungo comensal da mucosa vaginal e intestinal, mas a transmissão sexual pode ocorrer, sobretudo nas formas recorrentes. O fator predisponente mais comum para a candidíase é a gravidez e a sua incidência e severidade aumentam com o evoluir da gestação. Outros fatores predisponentes são obesidade, *Diabetes mellitus* descompensado, HIV, uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores, dieta, hábitos de higiene e vestuário inadequado. A cândida não associada a outras infecções, não acarreta TPP.

A vaginose bacteriana é a segunda causa de corrimento vaginal. Caracteriza-se por um desequilíbrio da flora vaginal normal, com ausência ou redução dos Lactobacilos acidófilos e aumento acentuado de bactérias, em especial anaeróbias (*Gardenerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, *Mycoplasma hominis*, *Peptoestreptococos*). Cerca de 50% dos casos de vaginose bacteriana em gestantes são assintomáticos. O quadro associado à infecção urinária é responsável por mais de 50% dos casos de TPP, amniorrexe prematura, corioamnionite e endometrite puerperal e resultam em 3,1% de nascimentos pré-termos (McGrogan et al., 1998).

O quadro 21 descreve os agentes etiológicos mais freqüentes, a sintomatologia, o diagnóstico e o tratamento da vulvovaginite e cervicite.

Quadro 21 – Sintomatologia, exames complementares e tratamento das principais causas de vulvovaginites e cervicites em gestantes.

QUADRO 21

	SINAIS E SINTOMAS	EXAMES COMPLEMENTARES	TRATAMENTO
Clamídia (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Assintomática ou alteração da fluidez do muco, corrimento e disúria, sinais de cervicite	Imunofluorescência Direta por coleta de material endocervical.	Amoxicilina 500 mg VO 8/8 h 7 dias ou eritromicina* 500 mg VO 6/6 h 7 dias ou 250 mg VO 6/6h 14 dias ou azitromicina 1 g VO DU. Parceiro**: azitromicina 1 g VO DU.
Gonorréia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Disúria, corrimento vaginal, cervicite mucopurulenta, secreção uretral purulenta. Início vários dias após contato sexual.	Gram - diplococos Gram negativos intra-celulares (sensibilidade de 30% para coleta endocervical). Cultura em meio Thayer-Martin. Colher material da orofaringe e da região anal para confirmação, se necessário.	Cefixima 400 mg VO DU ou Ceftriaxona 250 mg IM DU ou Azitromicina 2 g VO DU. Recidivas: Eritromicina* 500 mg VO 6/6h 7 dias + metronidazol 2 g VO DU. Parceiro**: ofloxacina 400 mg VO DU.
Tricomoníase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	Assintomático ou corrimento abundante, amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, fétido, prurido, disúria, polaciúria, hiperemia e edema da vulva e vagina, colpíte difusa ou local, com placas avermelhadas, cor de framboesa.	Teste de Schiller positivo, iodo malhado; Teste de KOH a 10% positivo - odor de ovo podre; Papanicolaou - identificação do <i>Trichomonas vaginalis</i> (baixa sensibilidade).	Iniciar após o 1º trimestre de gestação. Metronidazol 2 g VO DU. Associar metronidazol gel 0,75% via vaginal 2x/dia 5 dias se houver clínica. Parceiro**: metronidazol 2 g VO DU.



QUADRO 21

	SINAIS E SINTOMAS	EXAMES COMPLEMENTARES	TRATAMENTO
Micoplasma e Ureaplasma	Corrimento vaginal fluido que pode tornar-se purulento, disúria, ardor, prurido vulvar discreto, mais freqüentes após o coito. Hiperemia do intróito e paredes vaginais e cérvix.	Gram - a bacterioscopia não tem valor, pela inexistência de parede celular. Cultura com meio de Shepard - pouco valor prático.	Amoxicilina 500 mg VO 8/8 h 7 a 10 dias ou azitromicina 1g VO DU ou eritromicina* 500 mg VO 6/6h 7 dias ou 250 mg VO 6/6 h 14dias. Parceiros**: azitromicina 1g VO DU.
Candidíase (<i>Candida albicans</i>)	Placas brancas ou branco-acinzentadas aderidas à mucosa vaginal e cérvix (leite coalhado). Prurido, ardor ou dor à micção, hiperemia, edema, fissuras e maceração da vulva, dispareunia.	Gram, Giemsa. Papanicolaou - paciente assintomática com cândida no exame não justifica o tratamento.	Durante a gestação não usar tratamento sistêmico. Aplicação vaginal, à noite, ao deitar, de creme de miconazol 2% 7dias ou terconazol 0,8% 5 dias ou clotrimazol 1% 6 a 12 dias ou nistatina 100.000 UI 14 dias. Parceiros**: tratar os sintomáticos.
Vaginose bacteriana	Corrimento com odor fétido, mais acentuado depois do coito, de cor acinzentada, quantidade variável, bolhoso e aspecto cremoso. Apresenta prurido quando associada a outros agentes infecciosos.	Presença de 3 dos 4 critérios de Amsel (CDC, 1998): 1- Secreção vaginal homogênea com odor fétido; 2- pH > 4,5; 3- Teste das aminas positivo; 4- <i>Clue cells</i> presentes na bacterioscopia e ausência de lactobacilos. Gram.	Tratar somente após o 1º trimestre com metronidazol 2 g VO DU ou 250 mg VO 8/8h 7 dias ou clindamicina 300 mg VO 12/12 h 7 dias. Associar metronidazol gel 0,75% via vaginal 2x/dia 5 dias se houver clínica. Parceiros**: tratar somente em casos de recidiva.

DU – dose única;

* estearato; **fazer abstinência sexual durante o tratamento; *** Papanicolaou alterado – investigar outras DST.

Considerações :

Clamídia - a sorologia para Clamídia não tem valor diagnóstico como exame de rotina pois não pode diferenciar infecção prévia de infecção atual, a não ser que ocorra elevação dos títulos de IgG com IgM reagente ou não. O tratamento de clamídia com azitromicina apresenta 90 a 95% de eficácia.

Gonorréia - a penicilina não é preconizada atualmente para o tratamento de gonorréia pela alta resistência à mesma.

Na associação de clamídia e gonorréia na impossibilidade de confirmação diagnóstica, em gestantes com escore de risco maior ou igual a 2 e/ou história suspeita e/ou cervicite sintomática, deve-se instituir tratamento com amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 horas, durante 7 dias ou eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou 250 mg de 6/6hs durante 14 dias ou azitromicina 1 g, VO, em dose única associados a cefixima 400 mg, VO, em dose única ou ceftriaxona 250 mg, IM, em dose única.

Os parceiros devem ser tratados com uma dose única de azitromicina 1 g (VO) ou ofloxacina 400 mg (VO).

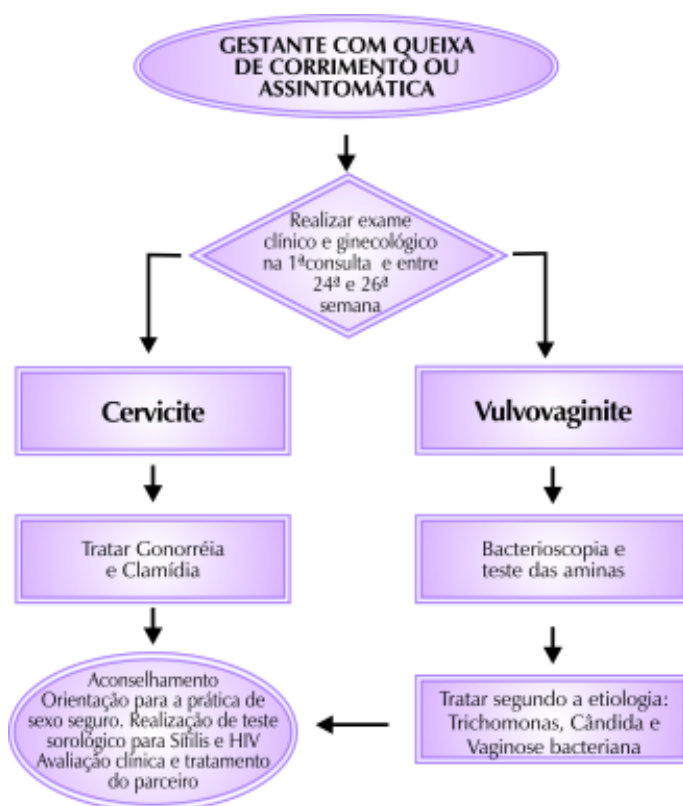


Tricomoniase - cerca de 50% dos casos são assintomáticos. A transmissão é por via sexual ou por secreções e objetos contaminados, devido ao alto grau de resistência do *Trichomonas vaginalis* (Linhares, 1994). Pode alterar a classe da citologia oncótica e o exame deve ser repetido 2 a 3 meses após o tratamento para diagnosticar a persistência dessas alterações.

Candidíase - medidas adjuvantes no tratamento da candidíase são a aplicação de violeta de genciana 1%, a cada 3 dias, por 2 semanas e compressas de *Matricaria chamomila* ou *Calendula officinalis*. Evitar dieta hiperglicídica. Nos casos de candidíase recorrente, a mulher deve ser aconselhada a realizar o teste anti-HIV e reavaliar a possibilidade de diabetes gestacional.

Vaginose bacteriana - a *Gardenerella vaginalis*, na ausência de uma flora anaeróbia mista e sem sintomas da vaginose bacteriana, provavelmente faz parte de uma microbiota normal. Na avaliação laboratorial de vaginose bacteriana, a coloração de Gram, segundo o critério de Nugent, apresenta sensibilidade de 99% (Gratacos E, 1999), com 4% de resultados falso-negativo (Tam M.T,1998). A presença de *clue cells* associada ao teste de aminas positivo tem valor preditivo positivo de 99% (Thomason,1990). Já o exame de Papanicolaou tem uma sensibilidade de 77% (Lamont, R.F, 1999). Quando for instituído tratamento com metronidazol, deve-se contra-indicar a ingestão de bebidas e alimentos contendo etanol até três dias após o tratamento, pelo efeito antabuse.

4.2.1. FLUXOGRAMA DO CORRIMENTO VAGINAL



Fonte: adaptado do manual de controle de DST ,MS, Brasil,2000



ÚLCERAS GENITAIS

Entre as doenças sexualmente transmissíveis, as úlceras genitais são sintomas comuns que acometem a gestante e podem comprometer a saúde materno-fetal. As principais DST que cursam com úlceras são herpes simples, condiloma acuminado (HPV), sífilis e cancro mole.

O **herpes** é causado pelo herpes simplex vírus HSV-1 em 20% dos casos e HSV-2 em 80% dos casos. Durante a gestação, a primo-infecção acarreta risco de complicações obstétricas pela elevada quantidade de carga viral circulante. Apesar de levar ao abortamento no 1º trimestre de gestação, não é considerado causador de embriopatia. A infecção neonatal é um quadro grave que exige cuidados hospitalares especializados. A transmissão vertical geralmente ocorre na passagem do feto pelo canal de parto em cerca de 50% dos casos.

O **cancro mole**, causado pelo *Haemophilus ducreyi*, não parece representar risco para a gestante e o feto. Entretanto, 12 a 15% dos casos estão associados à sífilis e necessitam de tratamento combinado. Gestantes HIV positivo com cancro mole devem ser monitoradas com cuidado pois necessitam de tratamento mais prolongado.

O **condiloma acuminado** ou verruga genital é causado pelo papilomavírus humano (HPV). Apresenta alta infectividade e cerca de 80% das mulheres têm parceiros infectados assintomáticos. Pode haver contaminação não sexual por toalhas, sabonetes, espêculos, luvas ou auto-inoculação (Campion, 1985). O vírus pode permanecer por muitos anos no estado latente e após este período, originar novas lesões. A recidiva de lesões provavelmente relaciona-se à ativação de “reservatórios” próprios do vírus e não à reinfecção. De acordo com o potencial oncogênico, o HPV classifica-se em alto, médio e baixo risco de oncogênese. Os tipos de alto risco, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino.

A sintomatologia, os exames complementares para o diagnóstico e o tratamento ambulatorial das DST que cursam com úlceras genitais estão descritos no quadro 22.

Quadro 22 – Sintomatologia, exames complementares e tratamento das principais DST causadoras de úlceras genitais.

QUADRO 22

DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS	EXAMES COMPLEMENTARES	TRATAMENTO
Herpes simples	Primo-infecção - pápulas, vesículas agrupadas com base eritematosa e ulcerações; ardor local, prurido e disúria; linfadenopatia inguinal dolorosa, febre, mal estar e artralgia; lesões cervicais sub-clínicas. Recorrência: sintomas menos evidentes. Surge após estresse, exposição a raios ultra-violeta, febre, trauma, antibioticoterapia e fadiga	Diagnóstico clínico.	Analgésicos e antiinflamatórios (sintomáticos), tratamento local com solução fisiológica 0,9% ou água boricada 3%. aciclovir 400 mg VO 8/8 h 10 dias, para primo-infecção em gestantes a partir do 2º trimestre.



QUADRO 22

DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS	EXAMES COMPLEMENTARES	TRATAMENTO
Cancro mole	lesões ulcerosas múltiplas, dolorosas, com bordas edemaciadas, irregulares, eritematosas e auto-inoculáveis, produzindo lesões em “espelho”, que coalescem e formam uma lesão única com fundo irregular, com exsudato necrótico. Odor característico, linfonodos inguino-crurais palpáveis (bubão) em 30 a 50% dos casos. Nas lesões vaginais e de colo uterino, a cadeia ganglionar acometida é a para-retal.	Gram - exame direto de esfregaços de secreção da base da úlcera. São observados bacilos gram negativos “em paliçadas”, acompanhados de cocos gram positivos (fenômeno de satelismo).	ceftriaxona 250 mg, IM, DU; ou eritromicina* 500 mg VO 6/6 h 10 dias ou azitromicina 1 g VO DU. Associação com HIV: eritromicina* 500 mg VO 6/6 h 10 dias. Parceiro (sintomático ou não): azitromicina 1 g VO DU. Associação com sífilis: penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM DU + eritromicina* 500 mg 6/6 h 7 dias.
HPV	Lesões exofíticas (verrucosas) de superfície irregular, espiculada, localizadas no intróito vaginal, vagina, colo, períneo e ânus; sangrantes quando maiores; prurido e ardor ao coito.	Colposcopia (forma sub-clínica) e técnicas de biologia molecular (forma latente)	Tratamento ambulatorial: ácido tricloroacético - solução oficial 80 a 90% em lesões pouco extensas vulvoperineais: aplicar pequena quantidade diretamente nas lesões e deixar secar; repetir 7/7 dias se necessário. Nas lesões vaginais, diluir a solução em 50% e não exceder 2 cm de área de aplicação.

IM – intramuscular, VO – via oral, DU – dose única, * estearato.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES:

Herpes simples

O risco de transmissão do HSV2 depende da fase e das manifestações da doença e do tipo de parto. No parto vaginal, a transmissão ocorre em 50% dos casos com lesão primária (ativa), 33% dos casos assintomáticos e 0,04% dos casos de história anterior mas sem lesão visível. Recomenda-se a realização de cesareana toda vez que houver lesões herpéticas ativas no final da gestação, exceto nos casos de amniorrexe por mais de 4 horas, onde o procedimento não traz nenhum benefício.

HPV

O tratamento consiste na redução, remoção ou destruição de lesões clínicas e sub-clínicas pela impossibilidade da erradicação do vírus no trato genital inferior. Os métodos disponíveis são destrutivos ou ressectivos. Não se preconiza o tratamento de infecção latente ou de casos duvidosos. O parceiro deve ser avaliado, quando possível, e recomenda-se o uso de preservativo durante o tratamento. A gestante deverá ser encaminhada para realização de exame clínico e de citologia oncológica após o parto.



A via de parto será indicada de acordo com os critérios obstétricos pois a contaminação do recém-nascido independe da via de parto e a frequência de complicações fetais é muito baixa, segundo vários autores. Em situações onde o volume e o sangramento das lesões comprometem as condições adequadas ao parto normal, a cesareana está indicada.

O TRATAMENTO DO HPV EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA ENGLOBA:

Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração

Indicada em lesões pequenas e isoladas do períneo ou colo uterino pois pode ocorrer necrose tecidual extensa e estenose da vagina e do ânus. Exige equipamento específico e anestesia local. Em lesões do colo uterino está recomendada a partir da 12ª semana de gestação.

Criocauterização ou Crioterapia

Indicada em lesões pequenas, isoladas ou queratinizadas. Pode ser necessário mais de um procedimento com intervalo de uma a duas semanas entre os mesmos.

Exerese Cirúrgica

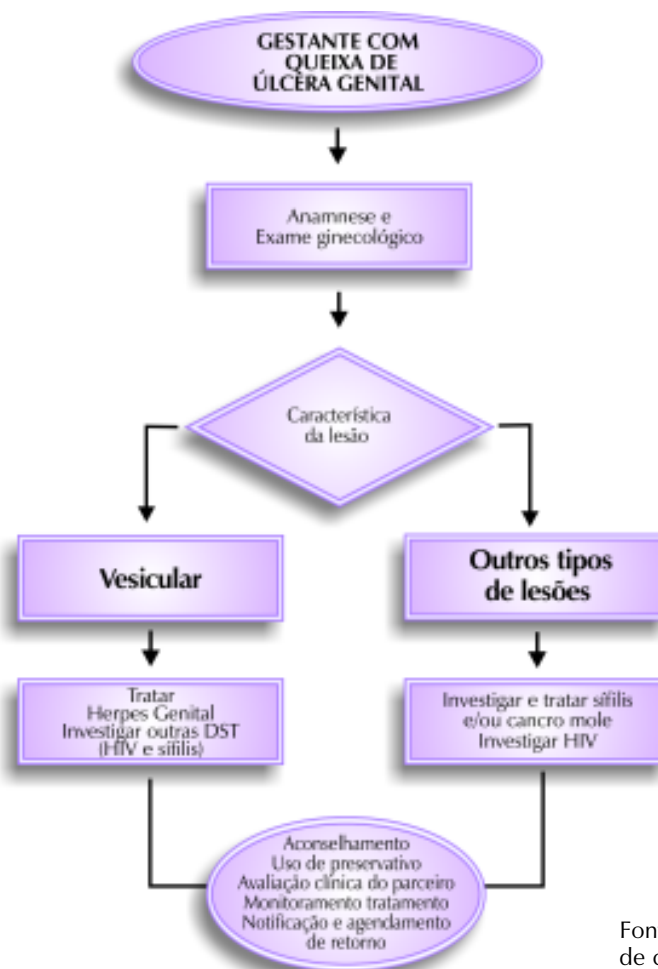
Indicado em gestantes com grande número de lesões e extensa área acometida, em casos resistentes a outras formas de tratamento e deve ser realizado ambiente hospitalar. Pode ser realizado ambulatorialmente na presença de poucas lesões, especialmente quando é necessário realizar o exame histopatológico.

LEEP (Loop Excision Eletrosurgical Procedure)

Indicado principalmente para lesões extensas e externas e pode ser realizado em qualquer fase da gestação.



4.2.2. FLUXOGRAMA DA ÚLCERA GENITAL



Fonte: adaptado do manual de controle de DST, MS, Brasil, 2000

4.3. INFECÇÃO POR ESTREPTOCOCO BETA-HEMOLÍTICO DO GRUPO B (*STREPTOCOCCUS AGALACTIAE*) NA GESTAÇÃO

A infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo B (GBS) é reconhecida atualmente como fator de risco para TPP, infecção puerperal precoce e sepse neonatal com alta taxa de mortalidade (65%) (Ritchman, 1996). Em cada 1000 gestantes infectadas, 26 apresentam partos abaixo de 32 semanas de gestação.

A colonização vaginal ocorre em 12,3% das gestantes admitidas em serviços hospitalares (Ritchman, 1996) e a grande maioria delas são assintomáticas (Honig, 1999). A ascensão do microrganismo pelo canal cervical leva à infecção das membranas fetais, ao início de trabalho de parto e parto prematuro. A contaminação provém do reto ou por contato sexual.

As recidivas são freqüentes, o que exige o acompanhamento contínuo de gestantes portadoras do GBS. A infecção materna ocorre em até 24 horas após o parto e leva à dete-



rioração rápida do estado geral com febre alta ($> 38^{\circ}\text{C}$), calafrios, taquicardia e útero doloroso à palpação. O diagnóstico é feito pela cultura da secreção vaginal coletada no terço inferior da vagina, na região anal e orofaringe.

Como a profilaxia intraparto da infecção por GBS reduz o risco de infecção neonatal em 85% dos casos, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), assim como o Centro de Controle de Doenças (CDC), recomendam a antibioticoterapia profilática para as gestantes com fatores de risco:

Com fatores de risco para infecção por GBS:

- Antecedentes de infecção de recém-nascido pelo GBS,
- Amniorrexe prematura por mais de 18 horas,
- Trabalho de parto prolongado
- Trabalho de parto prematuro em gestante com menos de 37 semanas de gestação
- Temperatura materna $> 38^{\circ}\text{C}$
- Gestantes com história de infecção urinária por GBS, mesmo com tratamento anterior.
- Compete ao Hospital de Referência
- Fazer antibioticoterapia profilática intraparto (quadro 23) nos casos descritos anteriormente.
- Gestantes com cultura de urina, vaginal ou retal positiva para GBS;

Quadro 23 – Antibioticoterapia profilática intraparto para infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo B

QUADRO 23

MEDICAMENTO	DOSE INICIAL	DOSE DE MANUTENÇÃO
Penicilina G Cristalina (1ª escolha)	5 milhões UI, IV	2,5 milhões UI, IV, de 4/4 h até o parto
Ampicilina (2ª escolha)	2 g, IV	1 g, IV, de 4/4 h até o parto
Clindamicina (alergia a penicilinas)	900 mg, IV	900 mg IV de 8/8 h até o parto

UI – unidades internacionais, IV - intravenosa

Registrar no prontuário e na carteira da gestante a ocorrência de fatores de risco e/ou infecção por GBS durante a gestação, parto e puerpério ou infecção do recém-nascido, assim como o tratamento instituído (profilático ou curativo).

COMPETE À US

Pesquisar fatores de risco para infecção por GBS nos antecedentes da gestante;
Tratar infecções por GBS como infecção de trato urinário;



Registrar no prontuário e na carteira da gestante a ocorrência de fatores de risco e/ou qualquer infecção por estreptococos B durante o pré-natal, para que o hospital possa fazer a profilaxia para o RN adequadamente.

4.4. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO

Durante a gestação, níveis elevados de progesterona e prostaglandinas promovem aumento da complacência vesical, redução do tônus muscular ureteral e da sua peristalse. Estas modificações fisiológicas resultam em aumento da frequência urinária, glicosúria, formação do hidroureter e hidronefrose principalmente à direita, fatores estes que predis põem à infecção do trato urinário (ITU).

A ITU ocorre em 5 a 10% das gestantes e tem como principais agentes etiológicos *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus spp*, *Enterococcus faecalis* e *Streptococcus do grupo B*. Associa-se a intercorrências materno-fetais graves como abortamento, TPP, parto prematuro, baixo peso ao nascer e maior mortalidade materna e neonatal. Gestantes com enfermidade renal crônica apresentam maior incidência de prematuridade e pré-eclampsia. Com o objetivo de prevenir estas intercorrências, a SMS Curitiba está instituindo a gestão dos casos de infecção urinária na gestação.

Alguns fatores predis põem à infecção urinária na gestação como infecções genitais, diabetes, hipertensão arterial, anemia, multiparidade, hábitos comportamentais e gestante adolescente.

A manifestação clínica da ITU é variável e compreende:

Bacteriúria Assintomática – ocorre em 5% das gestantes, sendo 50% dos casos adquiridos antes da gestação e 50% durante a mesma. É diagnosticada pelo parcial de urina que deverá ser solicitado nos três trimestres da gestação. Cerca de 30% dos casos não tratados evoluem para pielonefrite e septicemia e a recorrência do quadro é de 34%.

Cistite Aguda – mais freqüente no 2º trimestre da gestação e caracteriza-se por disúria, polaciúria, nictúria, dor suprapúbica durante a micção e urgência miccional.

Pielonefrite Aguda – ocorre em 2% das gestações e caracteriza-se por febre, calafrios, dor lombar alta, náusea, vômito e comprometimento do estado geral.

O melhor método para o diagnóstico de ITU é o exame parcial de urina tipo I, complementado pela urocultura e antibiograma. Deve-se coletar o jato médio urinário, após a antisepsia perineal. Outros exames como hemograma, níveis séricos de uréia, creatinina e LDH podem auxiliar no diagnóstico e acompanhamento de pielonefrites. Em quadros recorrentes ou refratários, a ultra-sonografia será útil para detectar possíveis alterações anatômicas e litíase do trato urinário.



A gestante com ITU será monitorada pela equipe de saúde da US, tendo um profissional da equipe responsável pelo acompanhamento e controle do tratamento instituído, preenchimento da ficha de notificação epidemiológica e envio da mesma, após o controle de cura, para o DS.

COMPETE À US

- Realizar exame parcial de urina em todas as gestantes inscritas no programa Mãe Curitibana a cada 3 meses ou na presença de queixas;
- Investigar toda queixa urinária;
- Descartar infecção genital associada à infecção urinária;
- Determinar um profissional (médico ou enfermeiro) responsável pelo monitoramento da gestante com ITU diagnosticada;
- Fazer visita domiciliar diária para verificar se o tratamento está sendo realizado adequadamente;
- Tratar todas infecções urinárias das gestantes;
- Realizar exame de urina de controle uma semana após o término do tratamento para constatar a remissão do quadro;
- Preencher e enviar a ficha de notificação epidemiológica de ITU ao DS no término do tratamento;
- Encaminhar as gestantes com pielonefrite ou dois ou mais episódios de infecção urinária para o serviço de referência de alto risco;
- Realizar busca ativa às gestantes que estiveram internadas por TPP ou ITU

TRATAMENTO

A escolha do agente terapêutico deve se basear no agente etiológico, no quadro clínico, na idade gestacional, nas prováveis interações medicamentosas e nos riscos para a gestante e para o feto.

SITUAÇÃO	TRATAMENTO
Bacteriúria assintomática e cistite aguda	ampicilina 1g VO 6/6 h 7 a 10 dias ou cefalexina 500 mg VO 6/6h 7 a 10 dias ou nitrofurantoína 100 mg 6/6 h 10 dias (somente após o 1º trimestre)
Pielonefrite	Medidas gerais - hidratação, analgésico e antitérmico; cefalotina 1 a 2 g IV 6/6 h ou cefazolina 1 a 2 g IV 8/8 h ou ceftriaxone 1g IV 24/24 h até melhora clínica; Manutenção com cefalexina 500 mg VO 6/6 h 10 dias. Falha terapêutica: gentamicina 3 mg/kg/dia, IV, avaliar função renal.



SITUAÇÃO	TRATAMENTO
Choque Séptico	Medidas de suporte intensivo; cefoperazona 2 g IV 12/12 h até melhora clínica; Manutenção com cefalexina 500 mg VO 6/6 h por 10 a 14 dias. Opção terapêutica: associação de aminoglicosídeos e gentamicina.
Quimioprofilaxia dois ou mais episódios de ITU na gestação atual associados a um fator de risco como litíase ou malformação do trato urinário ou dilatação pielocalicial.	nitrofurantoina 100 mg VO à noite até 4 a 6 semanas após o parto. Fazer controle mensal com urocultura.

A eficácia do tratamento é avaliada pela melhora clínica, pela negativação da bacteriúria (sedimento corado) ou da urocultura em 48 horas. Se não houver resposta terapêutica em 72 horas, pensar em resistência bacteriana e iniciar aminoglicosídeo.

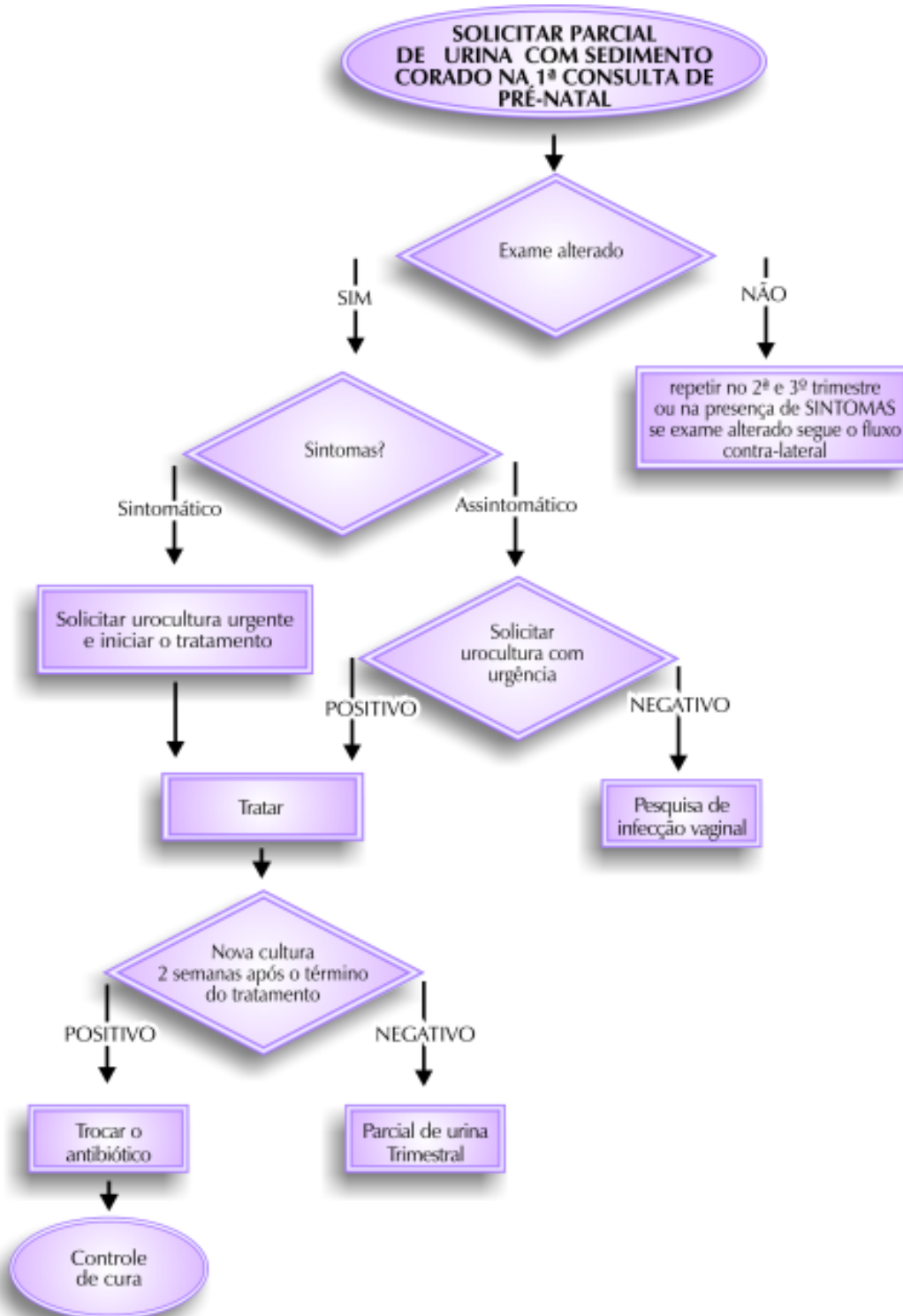
Algumas considerações:

Está contra-indicado durante a gestação:

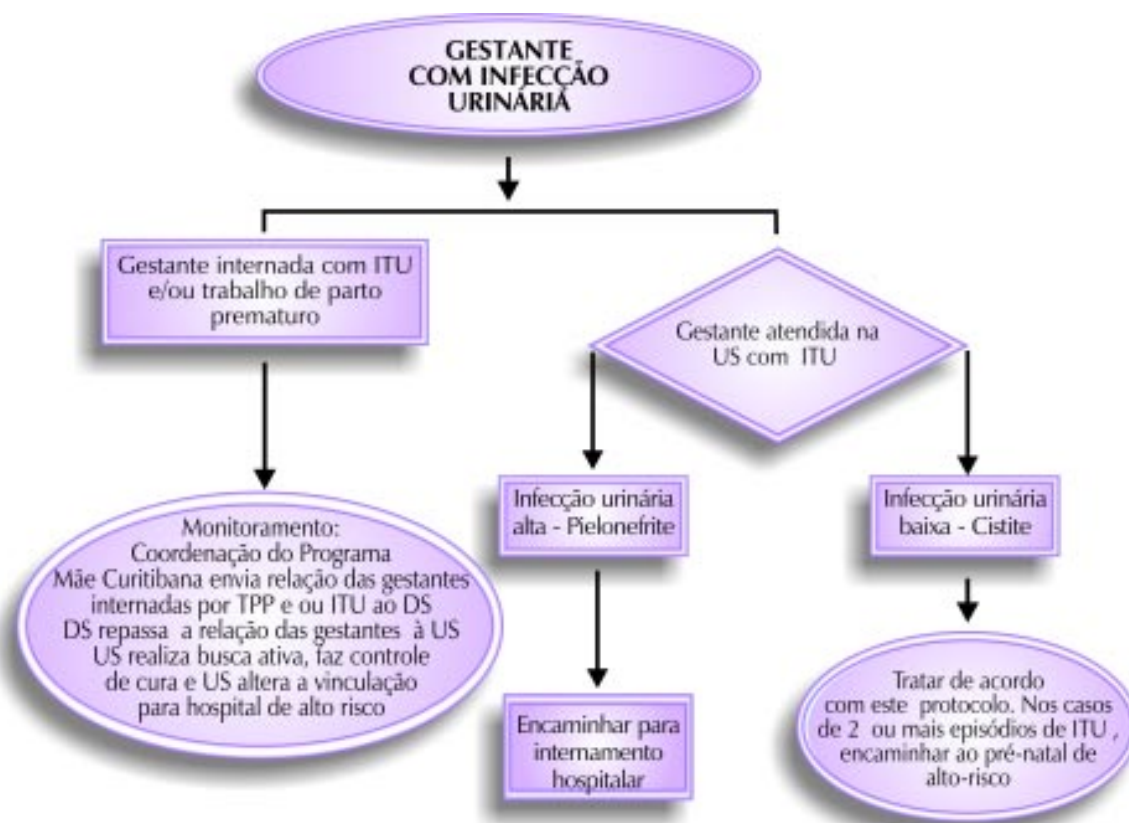
- Antibioticoterapia de curta-duração (1 a 3 dias);
- Uso de sulfametoxazol/trimetropim, tetraciclina, cloranfenicol e estolato de eritromicina;
- O uso de quinolonas no período gestacional ainda não está liberado apesar de não haver evidências de malformações congênitas com seu uso no 1º trimestre.



4.4.1. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO



4.4.2. FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO



4.5. PREVENÇÃO DA DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

A Doença Hemolítica Perinatal é um fator de risco para TPP e intercorrências neonatais e consiste na hemólise do sangue fetal decorrente da sensibilização prévia da mãe RhD-negativo à hemácias fetais RhD-positivo e à produção de anticorpos maternos anti-RhD. Ocorre principalmente por transfusão feto-materna por ocasião de partos, abortamentos, sangramentos placentários ou amniocentese, geralmente anteriores à gestação atual. Caracteriza-se pela presença de anticorpos maternos anti-RhD no sangue do recém-nascido, identificados pelo teste de Coombs direto, e no sangue materno, identificados pelo teste de Coombs indireto. Sua prevenção é de competência de todos os serviços ambulatoriais e hospitalares que assistem a gestante.



COMPETE À US

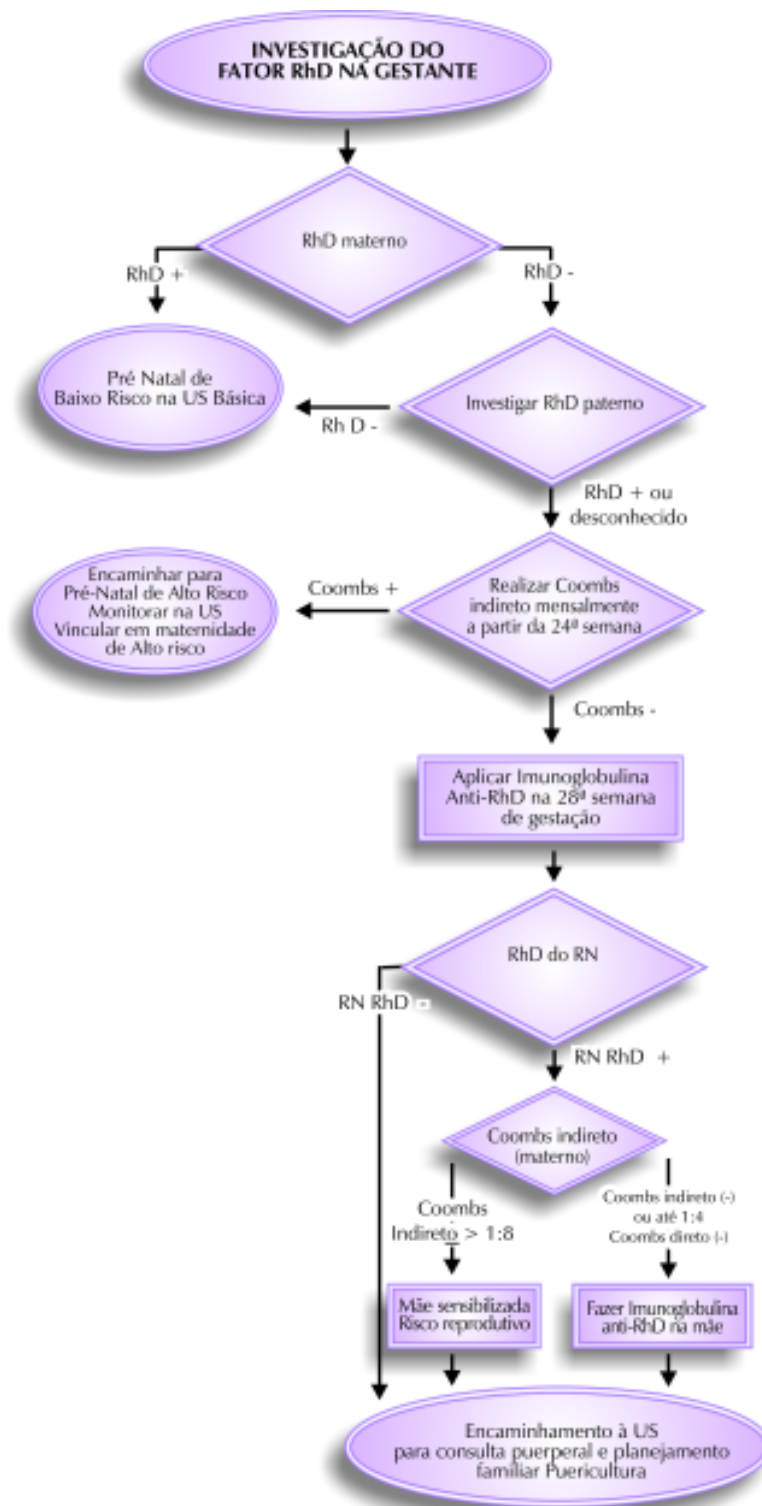
- Investigar o fator RhD de todas as gestantes inscritas no programa Mãe Curitibana;
- Para gestantes RhD-negativo, investigar o fator RhD paterno, quando possível;
- Se o fator RhD paterno for positivo ou desconhecido, deve-se proceder o teste de Coombs indireto mensalmente até o parto, a partir da 24ª semana gestacional;
- Encaminhar as gestantes com teste de Coombs indireto positivo para o serviço de referência para pré-natal de alto risco;
- Monitorar e fazer busca ativa das gestantes RhD-negativo que não estiverem participando das consultas de pré-natal tanto no baixo quanto no alto risco;
- Administrar imunoglobulina anti-RhD na 28ª semana de gestação para gestantes RhD-negativo e parceiro RhD-positivo ou desconhecido e com teste de Coombs indireto negativo;
- Orientar as puérperas RhD-negativo quanto aos riscos de isoimunização em novas gestações;
- Registrar no prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames, as intercorrências da gestação e do puerpério e os procedimentos adotados como a administração da imunoglobulina.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Administrar imunoglobulina anti-RhD a toda gestante RhD-negativo com parceiro RhD-positivo ou desconhecido quando por ocasião de abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, trauma abdominal, biópsia de vilo corial e amniocentese dentro de 72 horas, independente do período gestacional;
- Investigar fator RhD de todos os recém-nascidos de puérperas RhD-negativo;
- Realizar teste de Coombs direto de recém-nascidos RhD-positivo de puérperas RhD-negativo;
- Realizar o teste de Coombs indireto em todas as puérperas RhD-negativo com recém-nascido RhD-positivo logo após o parto;
- Fazer imunoglobulina anti-RhD até 72 horas após o parto nas seguintes situações:
- Coombs indireto negativo e recém-nascido RhD-positivo;
- Coombs indireto com título de 1:2 ou 1:4 em puérperas que receberam imunoglobulina após a 32ª semana e recém-nascido RhD-positivo pois os títulos baixos não significam sensibilização anti-RhD;
- Não fazer a imunoglobulina em puérperas com Coombs indireto positivo, com títulos maiores que 1:4 (sensibilização materna prévia) ou cujos recém-nascidos são RhD-negativo ou recém-nascidos com RhD-positivo e Coombs direto positivo;
- Registrar no prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames e os procedimentos adotados;
- Orientar a puérpera a procurar a US precocemente se ocorrer icterícia neonatal;
- Encaminhar as puérperas à US após alta hospitalar.



4.5.1. FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO DA DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL



4.6. DIABETES GESTACIONAL

O diabetes gestacional conceitua-se como “uma intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto”. Sua prevalência é de 7,6% no Brasil, em gestantes com mais de 20 anos (MS, 2000), e representa um fator de risco para TPP e outras intercorrências materno-fetais. Deve ser diagnosticado para que medidas de prevenção e tratamento sejam instituídas.

COMPETE À US

Identificar os fatores de risco para diabetes gestacional na primeira consulta de pré-natal e nas subseqüentes nas gestantes inscritas no programa Mãe Curitibana:

- Idade maior que 25 anos;
- Estatura menor ou igual a 1,50m;
- Obesidade ou ganho ponderal elevado durante a gestação;
- Distribuição central de gordura corporal;
- Antecedente familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Antecedente pessoal de diabetes gestacional;
- Antecedente obstétrico de macrossomia;
- Antecedentes de abortamento ou natimortalidade;
- Antecedentes de malformação fetal;
- Presença de polidramnia na gestação atual;
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação atual.

Solicitar glicemia de jejum, na primeira consulta de pré-natal, para toda gestante com idade gestacional menor que 24 semanas e instituir conduta de acordo com o resultado do exame:

GLICEMIA DE JEJUM	CONDUTA
< 110 mg/dl	Curva glicêmica 2 dosagens* entre 24ª e 28ª semana de gestação.
Entre 110 e 125 mg/dl	Curva glicêmica 2 dosagens* imediatamente: Curva normal – repetir entre 24ª e 28ª semana de gestação Curva alterada – confirma diabetes gestacional; encaminhar para pré-natal de alto risco.
≥ 126 mg/dl	Repetir o exame: ≥ 126 mg/dl - confirma diabetes gestacional; encaminhar para pré-natal de alto risco < 126 mg/dl – fazer curva glicêmica imediatamente.

* glicemia de jejum e 2 horas após sobrecarga com 75 gramas de glicose



Realizar curva glicêmica 2 dosagens em todas as gestantes entre a 24ª e a 28ª semana de gestação e instituir conduta de acordo com o resultado:

CURVA GLICÊMICA 2 DOSAGENS	CONDUTA
< 140 mg/dl	Repetir após 4 semanas quando fatores de risco presentes.
≥ 140 mg/dl	Confirma diabetes gestacional; encaminhar para pré-natal de alto risco.

* glicemia de jejum e 2 horas após sobrecarga com 75 gramas de glicose

RECOMENDAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA CURVA GLICÊMICA 2 DOSAGENS:

Orientações à gestante:

- Não realizar o exame na vigência de quadro infeccioso, doença aguda ou enfermidade intercorrente (falsos resultados);
- Aguardar 3 dias após o término de tratamentos temporários (medicação em uso) para realizar o exame;
- Não interromper a administração de medicamentos de uso contínuo;
- Consumir alimentos ricos em carboidratos (50 a 300 g/dia), nos 3 dias anteriores ao exame;
- Não consumir bebidas alcoólicas no dia anterior ou no dia do exame;
- Fazer jejum de 10 a 14 horas antes do exame;
- Manter-se em repouso, sem estresse e não fumar durante o exame;

A equipe de saúde deve:

- Registrar medicamentos de uso contínuo utilizados pela gestante nos dados clínicos da requisição do exame;
- Coletar amostras de sangue periférico na US com a gestante em jejum e 2 horas após a administração de 75 g de glicose e encaminhá-las ao Laboratório Municipal;
- Em caso de vômitos antes de coletar a segunda amostra, interromper o exame e marcar nova data.

Confirmado o diagnóstico de *Diabetes mellitus* gestacional, a equipe de saúde deve:

Nas gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional confirmado:

- Registrar os resultados dos exames no prontuário e na carteira da gestante;
- Encaminhar ao serviço de referência para pré-natal de alto risco;
- Alterar a vinculação para maternidade de alto risco;
- Monitorar quanto ao tratamento e à participação nas consultas de pré-natal;
- Fazer busca ativa das gestantes que não estiverem participando das consultas de pré-natal de alto risco.



COMPETE AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE ALTO RISCO

- Informar à US de origem o não comparecimento da gestante às consultas agendadas;
- Instituir dieta e atividade física personalizada;
- Realizar pesquisa de elementos anormais/sedimento na urina, sedimento corado e urocultura mensalmente;
- Realizar ecografias seriadas a cada 6 semanas;
- Realizar cardiotocografias semanais a partir da 30ª semana;
- Monitorar a gestante com perfil glicêmico quinzenalmente e adequar a conduta de acordo com os resultados encontrados (quadro 24):

Quadro 24 - Monitoramento de gestantes diabéticas com perfil glicêmico e adequação de condutas

QUADRO 24

CONTROLE GLICÊMICO	RESULTADO DO PERFIL GLICÊMICO	CONDUTA
Bom	Jejum ≤ 105 2 h pós-prandial ≤ 120 Médias glicêmicas ≤ 100	Tratamento não medicamentoso
Ruim	Jejum > 105 2 h pós-prandial > 120 Médias glicêmicas > 100	Insulinoterapia (insulina humana 0,2 U/kg/dia)

*coletas de sangue em jejum, 2 horas após o café da manhã, 2 horas após o almoço e às 17 horas.

Registrar informações de exames, tratamento e intercorrências no prontuário e na carteira da gestante.

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES DIABÉTICAS

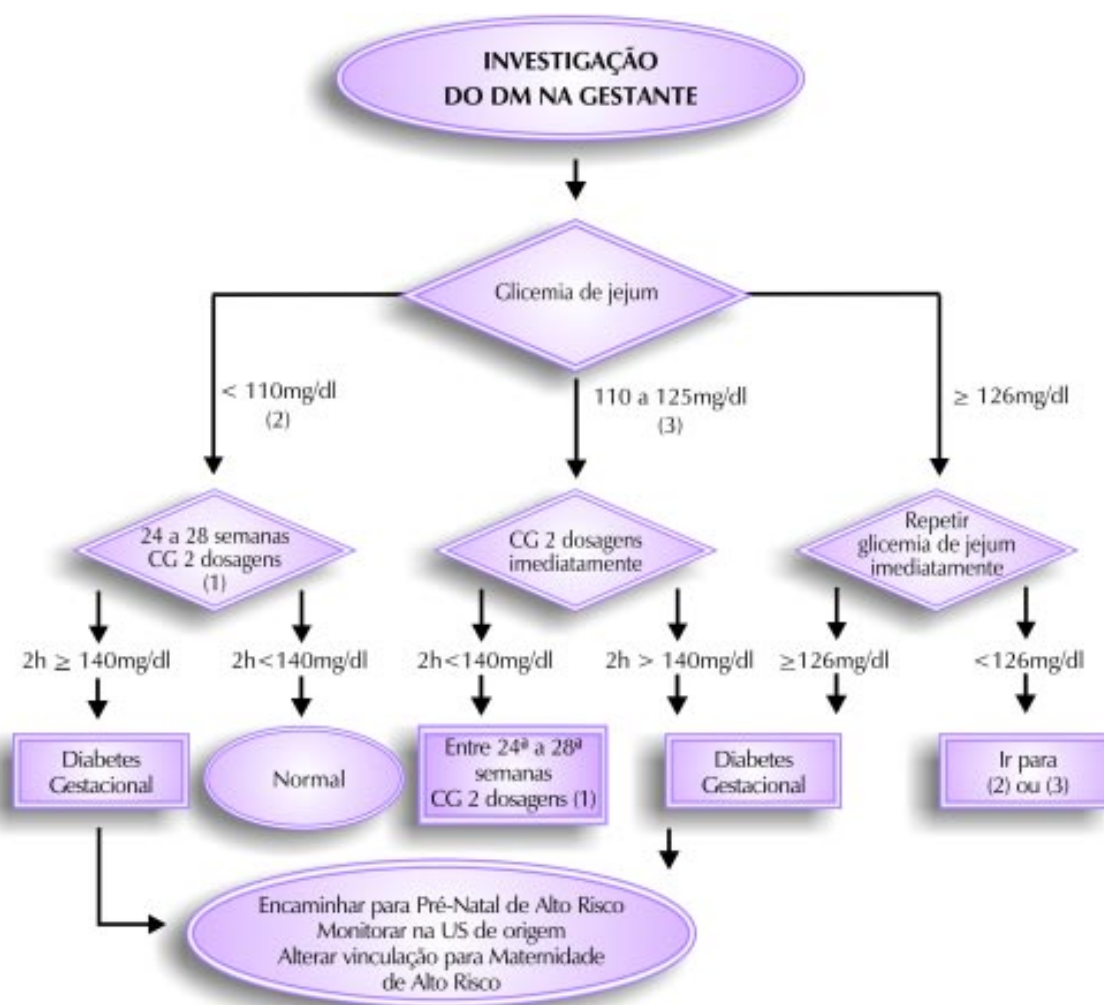
Orientar a alimentação com objetivo de manter a glicemia de jejum inferior a 95 mg/dl e a pós-prandial (2 horas) inferior a 120 mg/dl no sangue. Se houver hiperglicemia pela manhã, deve-se diminuir o consumo carboidratos e estimular a atividade física pela manhã, caso não haja contra-indicação médica.

- Gestantes com náusea e vômito frequentes devem ser orientadas quanto à hipoglicemia e cetonúria;
- Fracionar a alimentação (6 refeições ao dia), com menor volume e intervalos regulares;
- Alimentos proibidos: açúcar, mel, melado, caldo de cana, rapadura, bolos, balas, doces, chocolates, sorvetes, refrigerantes;
- Alimentos não recomendados: carnes gordurosas e frituras;
- Evitar alimentos com açúcar, sacarose, sacarina e ciclamato – procurar identificar estes componentes em produtos industrializados;



- Orientar uso moderado e em rodízio de alimentos diet e light contendo aspartame em pó e sucralose;
- Estimular o consumo de fibras solúveis como aveia, leguminosas (feijões, lentilha), maçã, laranja e cenoura;
- A programação do ganho de peso deverá seguir as mesmas orientações para gestantes não diabéticas, de acordo com a situação nutricional (capítulo 2);
- No caso de *Diabetes mellitus* prévio à gestação, sugere-se a suplementação de ácido fólico (quadro 3) no período pré-concepcional (3 meses antes) e nas 12 primeiras semanas de gestação;

4.6.1. FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL



4.7. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação relacionam-se diretamente a altas taxas de mortalidade materna e perinatal, sendo a principal causa de hipóxia periparto. São classificadas em:

- Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG);
- Eclampsia;
- HELLP síndrome;
- Hipertensão arterial sistêmica crônica;
- Hipertensão arterial superposta à DHEG.

4.7.1. DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma doença que afeta múltiplos órgãos e caracteriza-se pela tríade hipertensão, proteinúria e edema. Contudo, o diagnóstico de pré-eclâmpsia é realizado na presença de hipertensão e proteinúria, independente da existência de edema e 20% das gestantes podem não apresentar proteinúria. Ocorre após a 20ª semana de gravidez ou em período anterior, quando relacionada à moléstia trofoblástica.

A avaliação clínico-laboratorial durante o pré-natal possibilita o diagnóstico e tratamento precoce desta patologia. Durante a anamnese, deve-se pesquisar os fatores de risco para DHEG:

Antecedentes pessoais e familiares (principalmente mãe e irmãs) de hipertensão e DHEG;

Antecedentes gineco-obstétricos:

- História prévia de pré-eclampsia;
- Abortamentos;
- Crescimento intra-uterino retardado;
- Gravidez anterior com prematuridade;
- Gemelaridade;
- Nuliparidade;
- Síndrome antifosfolípide;
- Diabetes mellitus.



FORMAS CLÍNICAS

A DHEG classifica-se em pré-eclampsia leve e grave, de acordo com o comprometimento de órgãos-alvo como os rins, fígado, cérebro e aparelho cardiovascular. A pré-eclampsia leve pode manifestar-se clinicamente como descreve o quadro 25.

QUADRO 25

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA PRÉ-ECLAMPSIA LEVE

Assintomática (mais raramente);

Pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg e $< 160/110$ mmHg em gestantes com níveis tensóricos anteriores desconhecidos; verificada em pelo menos dois momentos

Aumento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD); verificada em pelo menos dois momentos

Aparecimento súbito de edema visível generalizado, acometendo face e mãos e não exclusivamente membros inferiores

Aparecimento de edema invisível caracterizado pelo aumento de peso maior que 500 gramas/semana;

Proteinúria ≤ 2 gramas em 24 horas ou 0,1 g/L (uma cruz ou mais pelo método quantitativo de fita) em amostra simples de urina.

A pré-eclampsia grave caracteriza-se pelos altos níveis tensionais associados à proteinúria significativa e sintomatologia resultante do comprometimento renal, cerebral, hepático e cardiovascular. O quadro 26 descreve suas principais manifestações clínicas.

QUADRO 26

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE

PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg em pelo menos 2 tomadas

Proteinúria ≥ 2 g/dia ou $\geq ++$ em testes clínicos semiquantitativos;

Oligúria - diurese < 400 ml/dia;

Ácido úrico $> 6,0$ mg/dl;

Desidrogenase láctica aumentada (LDH > 600 UI/L);

Creatinina sérica crescente e $> 1,2$ mg/dl.

Sinais de iminência de eclampsia : epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, cefaléia, agitação psicomotora, escotomas e alterações visuais, confusão mental.

Cerca de 20% das gestantes com pré-eclampsia grave evoluem para eclampsia que caracteriza-se pelo comprometimento cerebral e o aparecimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, não relacionadas a qualquer outra patologia. A eclampsia é uma emergência médica que exige hospitalização e cuidados intensivos para a redução da morbi-mortalidade materno-infantil. A taxa de mortalidade materna é de 14% e as com-



plicações maternas são hemorragia cerebral, edema pulmonar e amaurose. Pode manifestar-se antes do parto, em 71% dos casos, ou após o mesmo, em 29% dos casos. Em relação ao feto, os principais riscos são o descolamento prematuro de placenta, que acarreta 45% de óbito fetal, e a prematuridade.

COMPETE À US

- Detectar todas as gestantes com sintomatologia de pré-eclampsia;
- Encaminhar as gestantes para o serviço de referência de alto risco;
- Alterar vinculação para maternidade de alto risco;
- Monitorar, fazer busca ativa e aferir semanalmente a pressão arterial de todas as gestantes com suspeita ou diagnóstico de DHEG que foram encaminhadas ao serviço de referência ou retornaram para o acompanhamento na US.

Orientar as gestantes com suspeita e/ou diagnóstico de DHEG para:

- Fazer repouso diário de 2 horas no período matutino e vespertino, em decúbito lateral esquerdo;
- Manter dieta normossódica e hiperproteica;
- Abster-se de fumo e álcool;
- Registrar os resultados da avaliação clínico-laboratorial e as intercorrências no prontuário e na carteira da gestante.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Proceder à avaliação clínica e laboratorial de toda gestante encaminhada com suspeita ou diagnóstico de DHEG;
- Encaminhar a gestante com diagnóstico de DHEG descartado para a US de origem e registrar os dados laboratoriais e a prescrição na carteira da gestante;
- Na ausência de recursos para o atendimento do caso, encaminhar a gestante com DHEG para serviços terciários, após sulfatação;
- Registrar na Carteira da gestante as informações pertinentes ao caso (resultado de exames, diagnóstico, terapêutica e procedimentos realizados);
- Fazer o manejo das gestantes com diagnóstico de DHEG.

MANEJO DA DHEG E DA ECLAMPSIA

CONDUTA INICIAL

- Internação e observação clínica com controle rigoroso da PA de 10/10 minutos, da frequência cardíaca materna e fetal;
- Repouso no leito em decúbito lateral esquerdo;



Solicitação dos exames complementares:

Avaliação Materna - hemograma, glicose, parcial de urina, uréia, creatinina, ácido úrico, AST (TGO), ALT (TGP), LDH, contagem de plaquetas.

Avaliação fetal - ecografia e cardiotocografia;

Jejum até a determinação da conduta, após avaliação do resultado dos exames complementares;

A continuidade do tratamento dependerá do diagnóstico estabelecido.

NOS CASOS DE DHEG LEVE:

Manter a gestante em observação durante 24 horas no mínimo; a alta depende da estabilização ou não do quadro;

Na conduta expectante, fazer dieta normossódica e hiperproteica;

Sedar com levopromazina 3 mg, VO, 8/8 horas.

NOS CASOS DE DHEG GRAVE E ECLÂMPSIA:

Manter internamento e instituir os cuidados conforme o quadro 27:

QUADRO 27

CUIDADOS COM A GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE E ECLÂMPSIA

NA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE:

Colocar a gestante em ambiente tranquilo e seguro;

Instalar 2 acessos venosos em veia periférica calibrosa para infusão de solução glicosada a 5% e iniciar tratamento medicamentoso (sulfatação);

NA ECLÂMPSIA:

Além dos cuidados já mencionados deve-se:

Manter a gestante em decúbito lateral e cuidar que ela não se machuque;

Aspirar as secreções e inserir sonda de Gedel;

Administrar O₂, 3 litros/minuto;

Inserir um cateter vesical contínuo para controle da diurese;

Reavaliar as condições fetais;

Instituir tratamento medicamentoso para prevenir e tratar as convulsões, controlar a hipertensão arterial e tratar eventuais intercorrências após a administração do sulfato de magnésio (quadro 28). Deve-se iniciar imediatamente a sulfatação.



QUADRO 28

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE E DA ECLAMPSIA

OBJETIVO	TRATAMENTO	
Prevenção e tratamento de eclampsia (Esquema de Zuspan adaptado)	Sulfato de magnésio (MgSO_4 50%) (ampolas 10 ml – 0,5 g/ml)	
	DOSE	PREPARAÇÃO
Ataque	4 g, IV lento; administrar em 20 minutos	Solução a 20% - 4 gramas (8 ml) MgSO_4 50% diluídos em 12 ml de água destilada
Manutenção	2 g/hora, IV, 17 gotas/min ou em bomba de infusão (30 ml/hora) de 24 a 48 horas após o parto	10 gramas (20 ml) MgSO_4 50% diluídos em 500 ml de soro glicosado 5%
Ocorrência de nova convulsão	2 g, IV lento, administrar em 10 minutos	Solução a 20% - 2 gramas (4 ml) MgSO_4 50% diluídos em 6 ml de água destilada
Antídoto do sulfato de magnésio (deixar preparado na seringa)	Gluconato de cálcio 10% (ampolas 10 ml – 100 mg/ml)	
	1 g (10 ml), IV lento, (acima de 3 minutos)	
Controle da hipertensão arterial (se PA > 160/110mmHg)	Hidralazina (ampolas 1 ml - 20 mg/ml)*	
	DOSE	PREPARAÇÃO
	5 mg, IV, a cada 15 a 30 minutos, até o máximo de 40 mg	Solução de 5 mg/2,5 ml – 20 mg (1 ml) de hidralazina diluídos em 9 ml de água destilada
	Nifedipina (comprimidos 10 mg)	
	10 mg, VO, a cada 30 minutos, até o máximo de 30 mg/dia	

* contra-indicada em doença coronariana e valvulopatia mitral

Durante a administração do sulfato de magnésio deve-se monitorar:

- PA de 10/10 minutos;
- Diurese – acima 25 ml/hora;
- Frequência respiratória – acima de 14 -16 mrpm;
- Reflexo patelar antes, durante e após a administração da droga – é um bom parâmetro para avaliar o efeito tóxico do magnésio. Quando abolido, deve-se interromper a droga e administrar gluconato de cálcio.



Interromper a gestação:

- Após a estabilização do quadro materno-infantil;

Imediatamente:

- Mais de 2 convulsões ou convulsão não controlada pelo tratamento, pelo risco de acidente vascular encefálico materno. Fazer acompanhamento concomitante com o serviço de neurologia;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Sofrimento Fetal Agudo;
- A via de parto deve ser determinada em função das condições obstétricas;

Anestesia deve ser geral para os quadros graves e HELLP síndrome e peridural para os quadros leves.

Excepcionalmente numa gravidez muito prematura, quando a resposta medicamentosa for boa e os exames complementares permitirem, admite-se uma conduta expectante para administração da corticoterapia.

Monitorar a puérpera com cuidados intensivos, durante 48 horas, pelo risco de deterioração clínica neste período;

Encaminhar a puérpera à US após alta hospitalar com os registros e a prescrição na carteira da gestante.

NOS CASOS DE SÍNDROME HELLP:

A síndrome HELLP é uma variante da DHEG grave e caracteriza-se por alterações laboratoriais como hemólise (H – “*hemolysis*”); elevação das enzimas hepática (EL - “*elevated liver functions tests*”) e diminuição do número de plaquetas (LP – “*low platelets count*”). Ocorre em 1% de todas as gestações e 12% das gestações com DHEG.

A apresentação clínica é variável e em alguns casos a gestante pode estar longe do termo e não apresentar hipertensão. A suspeita diagnóstica deve estar sempre presente no momento da avaliação da gestante, mesmo com sintomatologia atípica. As principais manifestações clínicas da síndrome HELLP são:

- Mal estar e sintomas inespecíficos semelhantes a um quadro viral;
- Náusea, vômito;
- Dor em hipocôndrio direito ou epigástrica;
- Cefaléia e alterações visuais (DHEG grave);
- Hipertensão arterial leve (85%) e grave (66%);
- Hematúria, sangramento digestivo (coagulopatia).

As complicações mais freqüentes são a eclampsia, edema agudo de pulmão, insuficiência cardíaca, insuficiência renal aguda, rotura hepática, hemorragia cerebral e coagulação intravascular disseminada (CIVD) e óbito materno-infantil.



Os resultados dos exames laboratoriais são:

Hemograma:

- Anemia hemolítica microangiopática,
- Presença de esquizócitos no sangue periférico,
- Trombocitopenia grave (plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$),

Provas de função hepática:

- Aspartato aminotransferase (TGO) e alanina aminotransferase (TGP) $> 70 \text{ UI/L}$,
- Bilirrubinas $> 1,2 \text{ mg/dL}$,
- Desidrogenase láctica (LDH) $> 600 \text{ UI/L}$.

MANEJO

O manejo da Síndrome HELLP segue as orientações para DHEG, já descritos, e visa evitar a morte materna e fetal. Deve-se:

- Fazer hidratação e controle de diurese;
- Manter a sulfatação;
- Corrigir o déficit dos fatores de coagulação e a plaquetopenia quando a contagem de plaquetas for < 50.000 , pelo risco de sangramento no ato cirúrgico;
- Interromper a gestação, independente da idade gestacional - em casos raríssimos, na forma não complicada, com feto muito longe do termo e em serviços terciários, pode-se cogitar conduta expectante;
- Monitorar a puérpera com cuidados intensivos, durante 48 horas, pelo risco de deterioração clínica neste período;
- Encaminhar a puérpera à US após alta hospitalar com os registros e a prescrição na carteira da gestante.

4.7.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA GESTAÇÃO

A Hipertensão arterial sistêmica consiste na elevação crônica e persistente dos níveis de pressão arterial anterior à gravidez ou até a 20ª semana de gestação e que se mantém após o puerpério.

Do ponto de vista obstétrico classifica-se em:

Não complicada – quando as funções renal e cardíaca estão normais;

Complicada – quando apresenta prejuízo da função renal ou cardíaca, crise hipertensiva durante a gestação ou ainda antecedentes de acidente vascular encefálico ou descolamento de retina como consequência de hipertensão arterial.



O tratamento abrange medidas não farmacológicas e farmacológicas (quadro 29) de acordo com os níveis tensóricos apresentados (leve, moderado e grave), com o comprometimento de órgãos-alvo (rins, coração e cérebro), doenças concomitantes e fatores de risco presentes. É importante ressaltar que o uso de inibidores de ECA é contra-indicado na gestação.

QUADRO 29

FARMACOTERAPIA PRECONIZADA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GESTANTES

Fármaco e apresentação	Dose (mg)		Intervalo (horas)	Efeitos adversos
	Inicial	Máxima		
Alfametildopa* 250 ou 500 mg	750	2.000	8/8 ou 12/12	Sonolência, sedação, depressão dose-dependente, hipotensão ortostática, edema periférico, colestase, hepatite, miocardite, pancreatite, agranulocitose trombocitopenia, hiperprolactinemia, congestão nasal. Gravidez: Categoria B Lactação: Compatível Via de excreção principal: Renal
Nifedipina* 10 e 20 mg	10	30	8/8	Efeitos adversos: Rubor, tontura, hiperplasia gengival, cefaléia, edema periférico, fraqueza, náusea, pirose. Gravidez: Categoria C Lactação: Compatível Via de excreção principal: Renal

* Em casos especiais pode-se associar alfametildopa e nifedipina

COMPETE À US

- Identificar a gestante com episódio hipertensivo ou HAS e encaminhá-la para o serviço de referência;
- Alterar vinculação para maternidade de alto risco;
- Monitorar, fazer busca ativa e aferir semanalmente a pressão arterial de todas as gestantes com suspeita ou diagnóstico de HAS que foram encaminhadas ao serviço de referência ou retornaram para o acompanhamento na US;
- Observar sinais sugestivos de pré-eclâmpsia e HELLP síndrome e encaminhar imediatamente para o serviço de referência hospitalar de alto risco;

Orientação nutricional:

- Manter ganho de peso adequado à sua situação nutricional;
- Evitar temperos e caldos concentrados artificiais e preferir temperos naturais como cebola, alho, salsa, cheiro verde, alecrim;
- Preparar os alimentos sem sal e adicionar o sal no prato (até 6 gramas de sal/dia) nos casos leves ou moderados e de 2 a 3 gramas de sal/dia nos casos graves); evitar alimentos ricos em sódio;

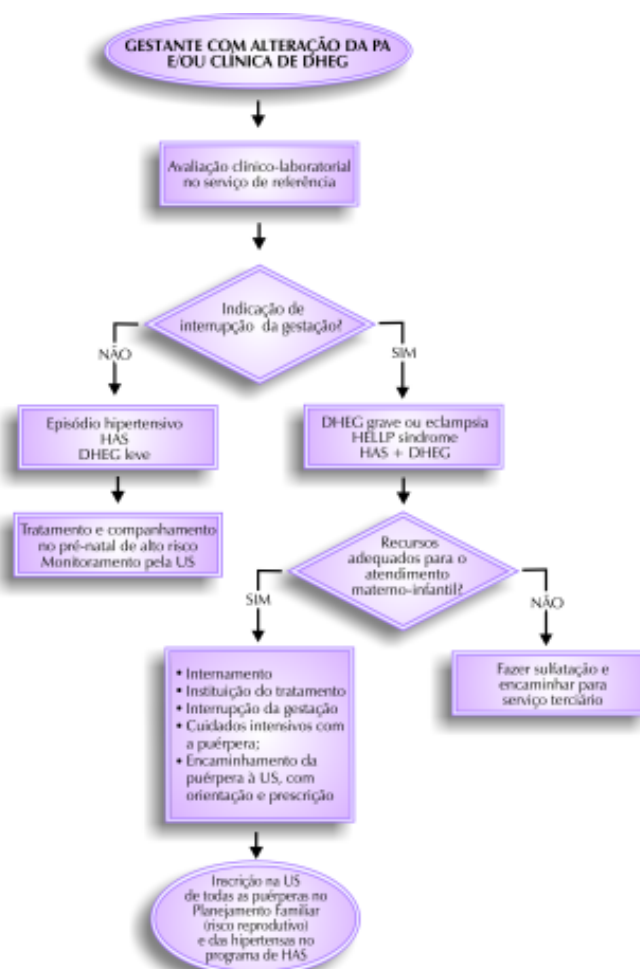


- Fazer alimentação rica em proteínas, cálcio, vitaminas A, E e C (capítulo 1);
- Preferir óleos vegetais de milho, algodão, oliva e girassol.
- Registrar as informações pertinentes no prontuário e na carteira da gestante;
- Inscrever a puérpera no programa de HAS e de Planejamento Familiar da US.

Nos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica com DHEG Superposta:

Consiste na sobreposição da pré-eclampsia ou eclampsia na gestante com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica. Caracteriza-se por proteinúria e/ou elevação dos níveis sanguíneos de ácido úrico (> 6 mg/dL) em gestantes classificadas como hipertensas. Em alguns casos, as gestantes com comprometimento renal pós-parto evidencia a superposição das patologias. O manejo é semelhante a DHEG grave.

4.7.3. FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA



4.8. A GESTANTE FUMANTE

Além de ser o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias irreversíveis e câncer, o tabagismo atua negativamente nas diferentes fases da reprodução, na gestação e na lactação. O uso de cigarros durante a gravidez é relatado como causa de: 7 a 10% de partos prematuros, 17 a 20% de recém-nascidos com baixo peso e 5 a 6% de mortes perinatais (United States Preventive Service Task Force, 1996).

A nicotina e o monóxido de carbono acarretam:

- Redução da taxa de fertilidade;
- Comprometimento da duração da gestação;
- Diminuição da produção de leite da nutriz e do tempo de lactação;
- Comprometimento do ganho de peso do conceito por mecanismos nos quais a prolactina pode estar envolvida.

Sabe-se que o aconselhamento para parar de fumar durante a gravidez reduz a incidência de crescimento intra-uterino restrito e diminui o risco de baixo peso ao nascer (Lumley et al, 2000). Os encontros frequentes da mulher fumante com a equipe de saúde, durante o pré-natal e a puericultura, facilitam a realização de campanhas anti-tabagismo. Os profissionais de saúde devem informar os riscos do uso do cigarro.

ALGUMAS ORIENTAÇÕES SOBRE O ABANDONO DO TABAGISMO (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

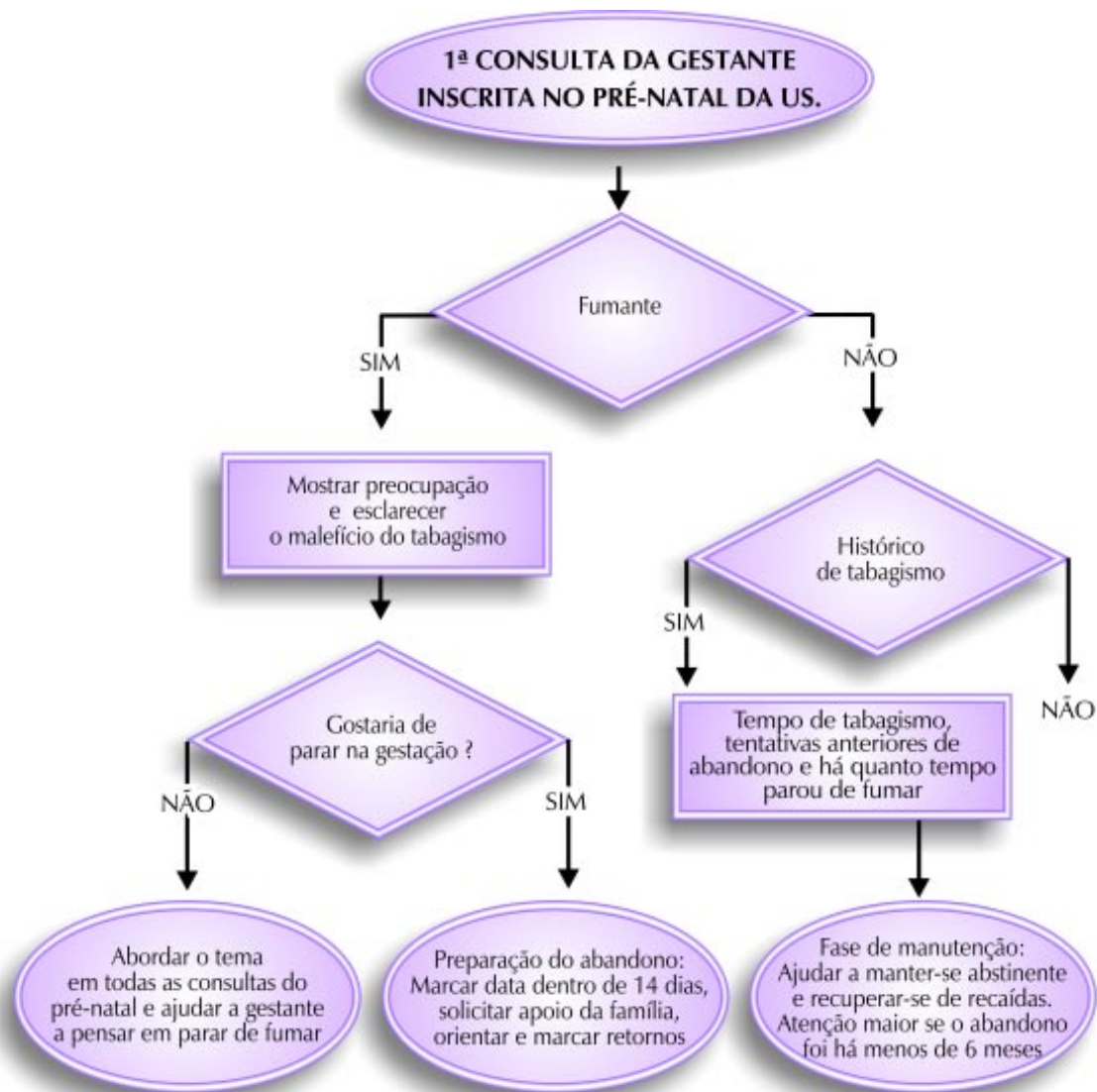
A equipe de saúde deve estimular a gestante a abandonar o hábito de fumar e tentar marcar uma data para o abandono, preferencialmente dentro de 14 dias (duas semanas). É importante esclarecer à gestante e seus familiares que:

- Beber álcool não é recomendado durante a gestação e está fortemente associado a recaídas do tabagismo;
- É importante que se avalie as circunstâncias do fracasso de outras tentativas;
- As eventuais dificuldades e a síndrome de abstinência ocorrem mas são superáveis;
- Não se deve deixar cigarros em casa, no carro ou no trabalho;
- A presença de outros fumantes no ambiente domiciliar dificulta o abandono;
- O apoio de familiares, amigos e colegas de trabalho é fundamental para o sucesso do abandono do tabagismo;
- Abstinência total é essencial: não se deve dar nem mesmo uma tragada.

O fluxograma a seguir auxilia na identificação da fase em que a gestante fumante ou ex-fumante está.



4.8.1. FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE FUMANTE



4.9. CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

As malformações congênitas corresponderam a 19% do total de óbitos de menores de um ano, em Curitiba, sendo as malformações cardíacas as causas mais freqüentes. Em países desenvolvidos, a incidência de cardiopatias congênitas varia de 0,8% a 1,2%. Sua freqüência aumenta em gestações que cursam com diabetes gestacional, infecções intra-uterinas como rubéola e toxoplasmose, retardo do crescimento intra-uterino e o uso durante a gestação de anticonvulsivantes, antiinflamatórios e álcool.

O Serviço de Diagnóstico Cardiológico Fetal Especializado do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná foi instituído com o objetivo de qualificar a assistência às crianças portadoras de malformações cardíacas congênitas através de diagnóstico precoce e atendimento rápido, eficiente e integrado. Este novo sistema vai possibilitar diagnóstico e intervenção cirúrgica precoces, diminuindo a morbi-mortalidade infantil por cardiopatias congênitas em Curitiba.

AValiação

- 1 – Exame ecocardiográfico com Doppler colorido para gestantes de alto risco e crianças que estão sendo investigadas na Rede de Saúde Pública Municipal.
- 2 – Exame ecocardiográfico fetal quando houver suspeita de cardiopatia congênita e ou arritmia
- 3 – Consulta especializada para criança com suspeita diagnóstica da cardiopatia

OPERACIONALIZAÇÃO

- 1 – Unidade de Saúde básica identifica a gestante de alto risco
- 2 – Encaminha via central de marcação de consultas especializadas à referência de pré natal de risco,
- 3 – Gestante é avaliada no serviço de referência,
- 4 – Médico da referência solicita exame ecocardiográfico fetal com *doppler* colorido.
- 5 – O exame é autorizado pela Autoridade Sanitária Local
- 6 – O exame é agendado via Central de Marcação de consultas especializadas.
- 7 – O exame é realizado e encaminhado ao Serviço de Referência de pré natal de risco.



*Assistência
ao Parto
ao Recém-Nascido
e ao Puerpério*

V - Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e ao Puerpério

5.1. MONITORAMENTO DO TRABALHO DE PARTO E DO PARTO

ADMISSÃO HOSPITALAR

Cada maternidade deve ter normas pré-estabelecidas e atribuições específicas para cada membro da equipe profissional, objetivando uma assistência de qualidade.

Toda gestante ao ser admitida na maternidade, necessita de um acolhimento adequado, a começar pela forma como é recebida pela recepcionista, auxiliar de enfermagem/enfermeiro/médico.

No sistema de atendimento hospitalar, onde o obstetra não tem vínculo anterior com a gestante, o estabelecimento da confiança entre o médico e a paciente deve ser rápida promovendo uma boa relação de afetividade/profissionalismo.

A gestante deve apresentar a sua carteira de pré-natal, para que o médico plantonista possa ter acesso às informações que até o momento foram anotadas pelo médico pré-natalista. Nesta carteira consta o nome da maternidade de vinculação, que a gestante deverá procurar no início do trabalho de parto.

As informações pertinentes ao atendimento hospitalar de gestantes em trabalho de parto, abortamento ou outras intercorrências deverão ser registradas no prontuário e na carteira da gestante,

INTERNAMENTO

A gestante será avaliada na sala de admissão do Hospital, onde será definida a sua condição obstétrica para o internamento. Esta avaliação deve constar de: ouvir a queixa, ler a carteira do pré-natal, realizar o exame obstétrico completo (estado geral, pressão arterial, peso, frequência cardíaca materna, medir altura uterina, frequência cardíaca fetal, dinâmica uterina, exame vaginal, incluindo exame especular nas condições de sangramento vaginal e amniorrexe).

Se a maternidade não apresentar condições adequadas para assistir a gestante de acordo com o risco avaliado no momento da sua admissão, deverá transferi-la para um serviço de referência de alto risco. Cerca de 50% das emergências obstétricas não apresentavam sinais ou sintomas de risco prévios.

Na ausência da carteira da gestante, cabe ao médico plantonista solicitar os exames básicos obrigatórios como tipagem sanguínea e RhD, hemograma, teste rápido para HIV e sífilis.

Os familiares e/ou responsáveis devem ser informados sobre condição obstétrica da gestante pelos profissionais da maternidade.



Atualmente não há evidência de benefícios da tricotomia, do enterocisma ou do enema rotineiro para o parto, cabendo a cada serviço a decisão de realizar ou não estes procedimentos.

PRÉ-PARTO

A gestante será encaminhada à sala de pré-parto até o momento ideal para ser levada à sala de parto. O trabalho de parto deverá ser monitorado pela equipe obstétrica (enfermeiras obstétricas e obstetras) de acordo com o protocolo de atendimento ao parto humanizado.

A alimentação das gestantes de baixo risco em trabalho de parto durante a fase ativa deve se limitar a líquidos em pequenas quantidades. Todavia, as gestantes de maior risco devem permanecer em jejum. Salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito. Deambular, sentar e deitar ou tomar um banho quente são opções que a gestante pode ter durante o trabalho de parto.

Gestantes com fatores de risco para infecção pelo estreptococo do tipo B (GBS) devem receber quimioprofilaxia com penicilina G cristalina (dose de ataque de 5 milhões UI, IV, e dose de manutenção de 2,5 milhões UI, IV de 4 em 4 horas até o parto). Gestantes HIV positivo devem receber AZT profilático conforme o quadro 11.

PARTOGRAMA

A obrigatoriedade do partograma nas maternidades foi determinada pela OMS em 1994 e pela Lei estadual nº. 5245, publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná em 08/05/98.

SALA DE PARTO

O obstetra deve:

Estar atento aos fatores de risco maternos identificados na admissão e na evolução do trabalho de parto, diminuindo assim a probabilidade de complicações;

Havendo risco para hemorragia materna, iniciar manejo ativo do 3º período do trabalho de parto que consiste em: manter acesso venoso calibroso; administrar ocitócico intravenoso após o parto, fazer clampeamento precoce, em seguida tração controlada do cordão e realizar massagem uterina.

Laquear o cordão umbilical imediatamente após o nascimento nos casos de incompatibilidade Rh, RN deprimido, hidropisia fetal, líquido amniótico meconial e mãe soro positiva para o HIV,

Aspirar a boca do RN após a saída do polo cefálico na presença de líquido amniótico meconial.

PUERPÉRIO IMEDIATO

O tempo de permanência da puérpera após o parto no centro obstétrico (CO) deve ser de no mínimo 1 hora. Neste momento, a equipe obstétrica deve:

- Monitorar dados vitais e pressão arterial;



- Manter infusão venosa, caso esteja sendo utilizada;
- Observar o sangramento vaginal,
- Orientar a amamentação quanto à pega correta e posição adequada.

Situações especiais:

Pré-eclampsia e eclampsia: permanecer no CO por 24 horas ou mais, durante o período de sulfatação.

Quadros hemorrágicos durante o parto e/ou puerpério: permanecer no CO com monitorização contínua e acessos venosos calibrosos até estabilização do quadro. As hemorragias puerperais precoces ocorrem nas primeiras 24 horas após o parto, têm como causas mais freqüentes a hipotonia uterina e as lacerações do trajeto e podem acarretar choque hemorrágico.

Quadro infeccioso: casos de corioamnionite, pielonefrite aguda, febre, abortamento infectado e endometrite puerperal devem permanecer sob vigilância rigorosa clínico-laboratorial para prevenir choque séptico.

5.2. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

Recomenda-se que todo atendimento do RN na sala de parto seja realizado por pediatra capacitado em neonatologia, que atue precoce e efetivamente nas intercorrências neonatais. A maternidade deve ter local apropriado para o atendimento ao RN, com equipamentos necessários à reanimação neonatal, prontos para uso.

O RN sem intercorrências poderá ser colocado em contato com a mãe precocemente, para iniciar o processo de aleitamento materno, preconizado pelo “Hospital Amigo da Criança”. Após o atendimento obstétrico, deverá ser encaminhado ao alojamento conjunto com a mãe.

RN SEM INTERCORRÊNCIA NA SALA DE PARTO

Ao receber o RN, o pediatra deve:

- Prevenir a perda de calor colocando o RN em posição supina, com ligeira extensão do pescoço, sob calor radiante, secá-lo e remover os campos;
- Observar vias aéreas mantendo-as pérvias;
- Aspirar o RN - a boca e depois narina, delicadamente;
- Passar sonda nasogástrica e retal para excluir atresia de coanas, esôfago e reto;
- Avaliar a vitalidade do RN através do índice de Apgar no 1º e 5º minutos;
- Laquear o cordão a uma distância de 2 cm do anel umbilical;
- Identificar o RN com uma braçadeira no antebraço, com o nome da mãe;
- Calcular o Parkin;
- Pingar nos olhos do RN nitrato de prata 1%, uma gota em cada olho.

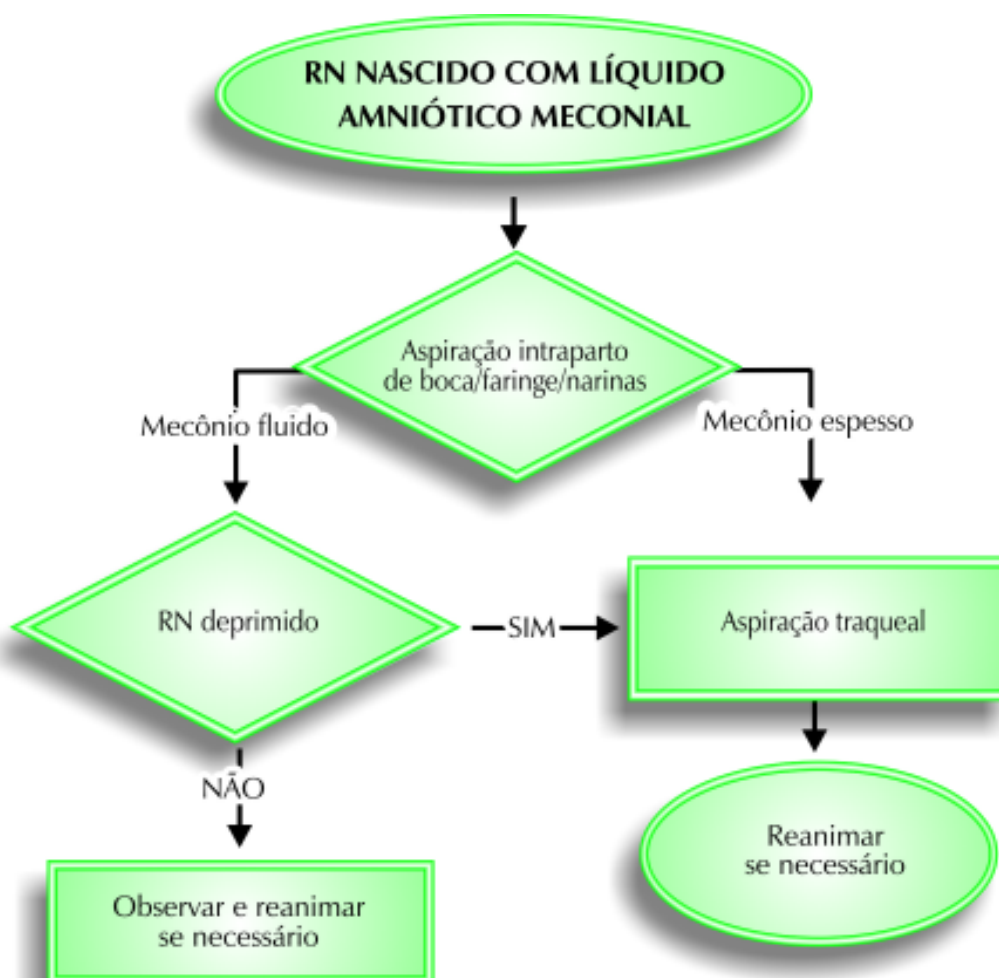


Recém-nascido com intercorrência:

A Síndrome da Aspiração de Mecônio ainda é uma causa importante de morbidade no período neonatal: cerca de 35-60% dos pacientes evoluem para ventilação mecânica, com alta mortalidade. A prevenção é de responsabilidade tanto do obstetra como do pediatra, através de um pré-natal de qualidade e da conduta adequada na sala de parto.

RN com líquido meconial –colocar o RN sob fonte de calor radiante e antes de secá-lo, remover o mecônio da hipofaringe com aspiração sob visualização direta. Se o RN tiver depressão respiratória, apnéia, FC < 100 bpm e hipotonia, a traquéia deve ser intubada e o mecônio aspirado da via inferior.

5.2.1. FLUXOGRAMA DE CONDUTA EM CASO DE RN NASCIDO COM LÍQUIDO MECONIAL



ABC da reanimação do recém-nascido

- A. Manter as vias aéreas pérvias (posicionar a cabeça fetal; aspirar boca, narinas e traquéia - meconial; intubação traqueal)
- B. Iniciar a respiração (estímulo tátil, ventilação com pressão positiva - balão, máscara ou tubo endotraqueal)
- C. Estabelecer e manter a circulação (massagem cardíaca e medicações)

5.2.2. CRITÉRIOS DE RISCO AO NASCER

A continuação dos cuidados prestados dependerá do critério de risco ao nascer, o que determinará o local para onde ele deverá ser transferido (alojamento conjunto, berçário de médio ou alto risco).

Baixo risco ao nascer

Abrange situações que permitem a permanência do RN junto à mãe, em alojamento conjunto:

- RN cuja mãe que não apresenta nenhuma patologia que impossibilite ou contraindique o contato com o recém-nascido;
- RN com mais de 2.000 gr, mais de 36 semanas de gestação e índice de APGAR maior ou igual a 7 no 5º minuto, com boa vitalidade, boa sucção e controle térmico;
- Exclusão dos critérios de médio, e alto risco descritos na seqüência.

Médio risco ao nascer

Assistência em berçário de médio risco para RN que necessita:

- Supervisão constante;
- Monitoramento contínuo cardíaco-respiratório;
- Oxigênio adicional;
- Alimentação por sonda;
- Receber glicose e/ou soluções hidroeletrólíticas intravenosas e/ou monitorização do equilíbrio hidroeletrólítico;
- Fototerapia já nas primeiras 24 horas de vida;
- Exames complementares - gasometria, glicemia, bilirrubinas e outros similares;
- Antibioticoterapia (potencialmente infectados);
- Atenção por malformações congênitas (hidrocefalia, mielomeningocele, cardiopatias), macrosomia fetal e/ou diabetes gestacional;
- Controle de convulsão (crises curtas ou isoladas sem outras repercussões hemodinâmicas).



Alto risco ao nascer

Assistência em UTI neonatal para RN com:

- Menos de 32 semanas de gestação, com qualquer peso ao nascer;
- Menos de 1.500 g ao nascer, com qualquer idade gestacional;
- Necessidade de ventilação assistida: pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) ou ventilação mecânica;
- *Distress* respiratório nas primeiras 24 horas, requerendo fração inspirada de oxigênio (FiO₂) maior ou igual a 0.4 (40%);
- *Distress* respiratório nas primeiras 48 horas, requerendo (fração inspirada de oxigênio) FiO₂ maior ou igual a 0.6 (60%);
- Necessidade de suporte circulatório constante (exemplo: uso de inotrópicos);
- Necessidade de cirurgia de emergência nas primeiras 48 horas de vida;
- Necessidade de diálise peritoneal;
- Necessidade de exsangüineotransfusão;
- Necessidade de nutrição parenteral;
- Convulsões refratárias ao tratamento habitual;
- Necessidade de dreno torácico;
- Malformações congênitas graves (atresias digestivas, gastrosquise, onfalocele, hérnia diafragmática, cardiopatias graves).

ALOJAMENTO CONJUNTO

Alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido saudável permanece ao lado da mãe 24 horas por dia em um mesmo ambiente até a alta hospitalar. A existência do alojamento conjunto é um dos critérios para a obtenção do título de Hospital Amigo da Criança

As vantagens do alojamento conjunto são:

- Estimular e incentivar o aleitamento materno;
- Fortalecer os laços afetivos mãe/filho;
- Permitir a observação contínua do RN pela mãe e a detecção e comunicação precoce de anormalidades;
- Manter intercâmbio entre mãe/filho/familiares;
- Diminuir a probabilidade de infecção hospitalar;
- Ensinar a mãe os cuidados com o RN;
- Favorecer o encontro da mãe e da família com o pediatra.

ORIENTAÇÕES

Todo RN deverá:

- Receber, nas primeiras 12 horas de vida, a vacina contra Hepatite B;



- Ser submetido ao “Teste do Pezinho” na alta hospitalar;
- Se a alta hospitalar for anterior a 48 horas de vida ou se não houver amamentação, os pais devem ser orientados a procurar um serviço de saúde para realizar novo exame em até uma semana;
- É obrigatório o preenchimento completo e adequado da carteira de saúde da criança, inclusive das eventuais intercorrências, e o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo pelo hospital que realizou o parto.

São obrigatórias as investigações diagnósticas e o acompanhamento do recém-nascido de:

- Mães HIV positivo; (Todo RN de mãe HIV + , deve iniciar tratamento com AZT oral nas primeiras horas de vida (capítulo 3)).
- Mães com VDRL reagente na gestação ou parto;
- Mães com hepatite B;
- Casos suspeitos de toxoplasmose congênita;

149

5.3. PUERPÉRIO

Toda puérpera deve receber orientação e acompanhamento para o início e a manutenção do aleitamento. Enfermeiras treinadas em técnicas de amamentação devem dar suporte as mães orientando-as também como cuidar dos bebês;

O atendimento a toda gestante com RhD-negativo e recém-nascido RhD-positivo deve seguir as orientações fornecidas pelo protocolo no capítulo 4.

Toda mulher RhD-negativo pós-aborto deve receber a imunoglobulina anti-RhD;

Toda puérpera deve receber a vacina contra Rubéola (SMS - Portaria nº. 10/95) antes da alta hospitalar do parto, exceto aquelas caracterizadas como imunes ou adequadamente imunizadas.

A atenção à gestante HIV positivo deve seguir as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde (capítulo 3).

COMPETE AO HOSPITAL NA ALTA HOSPITALAR

Na alta hospitalar a puérpera deverá receber as seguintes orientações:

- Retornar à US de origem até 10 dias após o parto para a consulta puerperal e de puericultura para o RN, em 7 a 10 dias;
- Retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção puerperal: febre, dor e sangramento;
- Manter o aleitamento materno exclusivo;
- Toda mulher pós-aborto deve ser orientada para início imediato de anticoncepção e retornar à US até 7 a 10 dias para controle.



COMPETE À US

- Monitorar todas as puérperas e captá-las para a consulta puerperal;
- Realizar a consulta puerperal até o 42º dia após o parto;
- Detectar as complicações puerperais precocemente e encaminhar para o hospital;
- Verificar o fator RhD materno, e quando negativo, verificar a aplicação da imunoglobulina anti-RhD;
- Verificar o VDRL realizado no hospital, e se houve alteração no resultado, conferir e adequar, se necessário, o tratamento;
- Monitorar as puérperas com complicações no parto e/ou puerpério e avaliar o tratamento instituído (uso adequado da medicação), retornos agendados;
- Avaliar o risco reprodutivo e captar essas mulheres para o programa de planejamento familiar precocemente, indicando métodos adequados a cada caso, até mesmos os definitivos;
- Fazer visita domiciliar precoce ao RN de risco;
- Captar os RN para consulta de puericultura;
- Encaminhar RN de mães com toxoplasmose, HIV, hepatite, sífilis e tuberculose para avaliação em serviço de referência.





Organização da Assistência



VI - Organização da Assistência

Mais do que qualquer revolução de técnicas de atendimento, acolher significa, primordialmente, mudar posturas para melhorar a qualidade das relações entre pessoas.

O Programa Acolhimento Solidário, trabalhando em todos os pontos de atenção à gestante procura desenvolver a solidariedade, quebrar barreiras burocráticas, mudar fluxos e processos de trabalho.

A educação permanente, a recuperação da função delegada e a redefinição do papel dos profissionais de saúde nas equipes são processos fundamentais que vêm sendo trabalhados em oficinas desde outubro de 1998.

De grande relevância para a qualificação do atendimento à gestante e ao recém-nascido, particularmente nas situações de risco, tem sido a atuação da comunidade, através dos Comitês em Defesa da Vida, implantados em 2000 com o Pacto pela Vida.

O desenvolvimento de um trabalho com qualidade técnica e centrado na humanização do parto, de acordo com os princípios preconizados pela OMS, Ministério da Saúde e Programa Mãe Curitibana, tem sido a tônica das maternidades vinculadas ao Programa.

COMPETÊNCIA DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA

- Gerenciar o Programa Mãe Curitibana, implantando os protocolos que irão nortear as ações da Secretaria Municipal da Saúde em relação à saúde da mulher;
- Planejar ações na área de saúde materno-infantil de acordo com indicadores epidemiológicos;
- Realizar treinamentos periódicos dos profissionais de saúde na área materno-infantil visando a atualização constante dos mesmos;
- Estabelecer convênios hospitalares, com avaliação constante da qualidade da assistência por eles prestada;
- Procurar recursos para o Programa Mãe Curitibana através de convênios com o Ministério da Saúde e outras instituições.

COMPETÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO

- Fornecer apoio às ações de maior complexidade desenvolvidas pelas Unidades de Saúde, tanto nas ações de promoção, prevenção como de assistência;
- Priorizar, de acordo com o planejamento distrital, ações mais amplas que as previstas neste Protocolo para algumas Unidades de Saúde;



- O Coordenador de Assistência é a referência para a US Básica, no Distrito Sanitário, para eventuais dúvidas e dificuldades a respeito do protocolo.

COMPETÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE

A equipe da Unidade de Saúde (US) é responsável pela assistência à gestante residente na sua área de abrangência e deve:

- Determinar o profissional da equipe responsável pelo acompanhamento do pré-natal da gestante;
- Inscrever as gestantes no programa Mãe Curitibana;
- Vincular as gestantes na maternidade de baixo ou alto risco, de acordo com o caso;
- Monitorar as atividades do pré-natal de baixo e alto risco por meio do Mapa de Controle (anexo 1A e 1B);
- Monitorar, as gestantes de alto risco, durante o pré-natal, parto e puerpério;
- Realizar busca ativa, através da visita domiciliar e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

COMPETE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):

- Informar às pessoas de sua área de atuação sobre o programa Mãe Curitibana;
- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à Unidade de Saúde para a inscrição no Programa Mãe Curitibana;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar, priorizando as gestantes de risco;
- Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

COMPETE AO AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

- Solicitar o TIG (teste imunológico de gravidez);
- No acolhimento, realizar avaliação inicial, com o objetivo de reconhecer situações de emergência tais como sangramentos, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e sinais de infecção urinária;



- Agendar consulta com os profissionais da US, médico ou enfermeiro para a inscrição no Programa Mãe Curitibana o mais precoce possível;
- Avaliar a situação vacinal;
- Verificar a pressão arterial, pesar e medir a altura da paciente na primeira avaliação;
- Encaminhar a gestante para participar dos grupos educativos desenvolvidos na US;
- Encaminhar a gestante para a Equipe de Saúde Bucal;
- Realizar atividades educativas;
- Realizar a busca ativa e o monitoramento das gestantes principalmente as de risco;
- Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

COMPETE AO ENFERMEIRO:

- Solicitar o teste de gravidez (TIG);
- Nos casos de TIG positivo, abrir o prontuário eletrônico, registrar a gestante no sistema para obter o número do SISPRENATAL e registrá-lo na carteira da gestante;
- Nas US não informatizadas, obter o número de SISPRENATAL da listagem fornecida pelo nível central;
- Anotar na carteira da gestante o nome da Maternidade de vinculação;
- Solicitar os exames de rotina do Programa Mãe Curitibana;
- Proceder à aferição da pressão arterial e medida de peso e altura da gestante;
- Realizar a consulta de enfermagem na inscrição e intercalar as suas consultas com as do médico, dependendo da classificação por grau de risco ou necessidade;
- Realizar a avaliação de risco durante a consulta de enfermagem;
- Se for detectado algum risco, referir a gestante à consulta com o médico da US;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (US e serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação instituída;
- Monitorar as gestantes com ITU de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas na US, quanto ao uso adequado da medicação instituída e quanto ao controle de cura da infecção ;
- Entregar a pasta da gestante com os conteúdos educativos e orientá-la sobre o funcionamento do Programa;
- Orientar e coordenar a equipe de saúde no monitoramento das gestantes com especial atenção às de risco;
- Orientar e coordenar a equipe de saúde nas ações educativas às gestantes;
- Avaliar o esquema de imunização.



COMPETE AO MÉDICO:

- Inscrever a gestante no Programa Mãe Curitibana através do prontuário eletrônico na primeira consulta, obtendo o número do SISPRENATAL e registrando-o na carteira da gestante;
- Realizar consulta médica de pré-natal de acordo com este protocolo;
- Agendar os retornos de acordo com o protocolo e a necessidade de cada caso;
- Identificar o risco gestacional a cada consulta e quando identificado realizar o encaminhamento para o serviço de referência de pré-natal de alto risco;
- Avaliar e tratar as gestantes com DST, conforme recomendações deste protocolo;
- Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica, as gestantes que apresentarem Toxoplasmose ativa, Sífilis e Aids, na gravidez, conforme este protocolo;
- Avaliar os resultados de todos exames de pré-natal, inclusive o exame de Papanicolaou e encaminhar as citologias alteradas ao serviço de referência;
- Participar com a equipe no monitoramento das gestantes, principalmente as de risco;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (US e serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação instituída;
- Monitorar as gestantes com ITU de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas na US, quanto ao uso adequado da medicação instituída e quanto ao controle de cura da infecção;
- Avaliar o esquema de imunização;
- Apoiar e/ou realizar as atividades educativas, orientar a busca ativa e o monitoramento das gestantes, principalmente as de risco;
- Realizar consulta puerperal.

COMPETE À EQUIPE DE SAÚDE BUCAL:

- Incorporar todas as gestantes da US no atendimento da Clínica Odontológica;
- Participar dos trabalhos externos e internos da US, realizando as ações de promoção de saúde bucal na gestação, conforme o Protocolo de Saúde Bucal;
- Realizar orientações específicas à gestante, valorizando o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido.

COMPETE AO PSICÓLOGO:

- Oferecer apoio técnico aos profissionais da US, supervisionando o atendimento da equipe às gestantes, com prioridade àquelas que apresentarem transtornos mentais e/ou dificuldade de aceitação da gravidez;
- Apoiar as equipes nas ações de educação em saúde direcionada às gestantes.



COMPETE AO FISIOTERAPEUTA:

- Oferecer apoio técnico aos profissionais da US em relação a exercícios físicos, orientações posturais durante a gestação e exercícios preparatórios para o parto, supervisionando e auxiliando o atendimento das equipes locais;
- Participar dos grupos de educação em saúde da US;
- Realizar atendimentos individuais se necessário.

COMPETÊNCIA DOS COMITÊS EM DEFESA DA VIDA

- Mapear e acompanhar todas as gestantes e recém-nascidos de risco da sua região;
- Tornar-se padrinho ou madrinha de cada um dos integrantes do grupo acima mencionado;
- Reunir todos os recursos disponíveis para que toda gestante ou recém-nascido de risco tenham garantido o acesso à consultas, exames complementares, medicação e para que não deixem de comparecer aos agendamentos e usem corretamente os medicamentos prescritos;
- Estabelecer “Rodas de Conversa” onde mães com mais experiência possam orientar cuidados gerais para a gestante e recém-nascido, respaldadas por treinamento prévio e acompanhamento da Unidade de Saúde;
- Estimular o aleitamento materno, mostrando o bom desenvolvimento de crianças que são amamentadas no peito;
- Acompanhar as mães com mais dificuldades nas oficinas para gestantes e visitas às maternidades;
- Promover atividades esportivas e culturais dentro da comunidade (artesanato, dança, teatro, futebol, etc.) que possam ser fórum de debate para assuntos como: DST, drogadição, planejamento familiar, gestação na adolescência, entre outros;
- Conhecer o universo de gestantes e crianças abaixo de um ano de sua região e agir como padrinhos sendo co-responsáveis pelo seu bem estar;
- Estabelecer metas locais anuais de atuação e mensalmente se reunir para avaliar o impacto de suas ações e revê-las se necessário;
- Demonstrar que o exercício da cidadania modifica a nossa realidade e multiplica os benefícios oferecidos à comunidade.

COMPETÊNCIA DAS MATERNIDADES VINCULADAS

- Disponibilizar a visita à maternidade durante o pré-natal, às gestantes e elas vinculadas;
- Garantir assistência às intercorrências e emergências que ocorrerem durante a gestação, parto e puerpério;
- Garantir assistência às intercorrências que não puderem ser atendidas pela Unidade de Saúde;



- Garantir a assistência ao pré-parto, parto, puerpério e ao recém-nascido de acordo com os “Dez Passos para a Atenção Humanizada ao Parto”, recomendados pela Organização Mundial da Saúde (anexo VI);
- Manter uma permanência mínima de 48 horas para parto normal e cesareana;
- Realizar imunizações nos recém-nascidos, conforme este Protocolo;
- Incorporar o método Mãe Cangurú de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRINCÍPIOS

Os princípios que devem ser considerados no desenvolvimento da estratégia de saúde da família na saúde materno-infantil são:

- O PSF é uma estratégia para a organização da atenção básica que tem por objetivo a implementação da vigilância à saúde, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde;
- Busca construir novos processos de trabalho voltados às famílias, valorizando a inter-setorialidade e o controle social;
- O reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade social local possibilitam a compreensão da causalidade das doenças e a proposição de maneira multidisciplinar e multiprofissional, da atenção adequada à comunidade;

A Unidade de Saúde é a porta de entrada para os serviços de saúde. O profissional de saúde da família deve:

- Ser capacitado para responder a situações mais freqüentes que afetam a saúde da população;
- Estar comprometido com a pessoa e não com a doença, percebendo além da queixa referida, entendendo as pessoas como sujeitos de sua própria realidade;
- Tratar e não simplesmente atender, uma vez que “tratar” significa compreender o contexto da doença pessoal e social;
- Perceber, não apenas um evento isolado, mas preocupar-se com o significado da doença, para o paciente e sua família, informando e orientando as pessoas no desenvolvimento de habilidades para lidar com seus próprios problemas, encarando cada momento como uma oportunidade de estar promovendo a saúde;
- A habilidade clínica deve ser desenvolvida através do conhecimento baseado na melhor evidência científica disponível, portanto, a busca pelo conhecimento e informação deve ser constante na equipe de saúde;



- O atendimento deve ser resolutivo, no âmbito da competência da US, especialmente quando se tratar de situações clínicas frequentes.

A equipe de saúde deve trabalhar sobre uma base territorial, com mapeamento das micro-áreas, a serem prioritariamente atendidas, levando em conta a condição de exclusão social na comunidade. Desta forma, serão definidas as famílias de risco, as quais deverão ser monitoradas pela equipe de saúde, garantindo-lhes acesso e proteção. Outro fator a ser considerado é que a equipe de saúde deve ter iniciativa e criatividade, para impactar a realidade social e epidemiológica da população atendida.

Desta forma, deve-se trabalhar com dinâmicas familiares, informando, orientando e negociando responsabilidades com os integrantes da família, visando a recuperação e a manutenção da saúde, bem como estratégias preventivas. Estabelece-se, assim, uma relação de troca/cumplicidade entre equipe/indivíduo/família. A relação equipe/paciente é alvo central na Saúde da Família, entendendo-a como o comprometimento da equipe multiprofissional com os indivíduos e famílias e não com a doença.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NO PSF

A equipe de saúde deve:

- Conhecer as micro-áreas de risco e realizar o mapeamento por ciclo de vida, num mapa dinâmico e legendado, tendo como base os dados demográficos sócio-econômicos, culturais, meio ambiente e morbi-mortalidade coletados através do cadastramento;
- Acompanhar as famílias da micro-área de risco em todos os contextos, ou seja, em suas casas (visita domiciliar), na US (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias, auxiliando na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
- Estabelecer a programação das atividades de prevenção, de educação em saúde e de assistência, a partir dos problemas priorizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- Identificar a presença de fatores de risco para a gestante e o feto, através dos antecedentes familiares e pessoais, com as famílias das micro-áreas definidas como risco social;
- Realizar ações de cunho preventivo (coletivo/individual) de educação e reabilitação às pessoas com risco social;
- Utilizar o genograma como ferramenta para melhor conhecimento das famílias;
- Assistir a gestante através de atendimento programado, pronto-atendimento, atendimento à urgência e monitoramento dos casos de alto risco.





Anexos



VII - Anexos

ANEXO IA – MAPA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

MAPA DE CONTROLE DAS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

IDADE GESTACIONAL

NOME DA PACIENTE

ATIVIDADES OBRIGATORIAS	1ª Consulta	< 17 sem	18-22 Sem	23-27 Sem	28-31 Sem	32-36 Sem	37-40Sem	Hospital	PÓS - PARTO
CAPTAÇÃO PARA O PRÉ-NATAL									Até 42 dias
IDADE GESTACIONAL CONFIRMADA									
FATORES DE RISCO									
ANAMNESE/ EXAME FÍSICO									
Rh MATERNO									
Rh PARTIRO									
COOMBS INDIRETOISE Rh negativo									
IMUNOGLOBULINA ANTI - Rh									
Hb+Vc									
ADMINISTRAÇÃO DE FERRO									
PARCIAL URINA									
CULTURA/CONTROLE DE CURA									
RECIDIVA DA INFECÇÃO URINÁRIA									
GLICEMIA									
CURVA 2 DORES									
HIV									
SÍFILIS- VDRL									
TOXOPLASMOSE IgG, IgM Susceptível									
Alto Risco									
Baixo Risco									
EXAME CITOPATOLÓGICO									
ECOGRAFIA OBSTETRICA									
EXAME ODONTOLÓGICO									
ESTATURA									
PESO									
PA									
AU									
ESTADO NUTRICIONAL									
EDEMA									
IDENTIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL									
ORIGENS DE GESTANTES									
VISITA À MATERNIDADE									
VACINA ANTITÉTÂNICA									
CONTROLE PUERPERAL									
COMPLICAÇÕES NO PARTO									
COMPLICAÇÕES NO PUÉRIO									
IDENTIFICAÇÃO DE RISCO REPRODUTIVO									
PLANEJAMENTO FAMILIAR									
ENCAMINHAMENTO PARA METODO DEFINITIVO									
Nº DE CONSULTAS	1	1	1	1	1	1	1		1



ANEXO IB – MAPA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

GESTANTE RH NEGATIVO

Parceiro RhD Positivo:

- Coombs Indireto Mensal a partir da 24ª semana
- Coombs Indireto Positivo - Encaminhar para referência
- Na 28ª semana Imunoglobulina Anti-RhD se Coombs indireto negativo

GESTANTE COM NFECÇÃO URINÁRIA

- Gestante com 2 ou mais episódios de Infecção Urinária - encaminhar para referência
- Gestante com 1 episódio de Infecção Urinária mais 1 episódio de Pielonefrite - encaminhar para referência
- Gestante com Pielonefrite acompanhada de trabalho de parto prematuro - referência

GESTANTE HIV +

Solicitar Carga Viral e CD4

Entrega do AZT oral pela US – encaminhar para referência

Busca ativa :

• Seguimento materno:

- Está tomando a medicação?
- De forma correta?
- Está freqüentando o Serviço de referência?
- Recebeu o Kit hospitalar?
- Recebeu no hospital a vacina para hepatite B?

• Seguimento do bebê:

- Está tomando a medicação?
- De forma correta?
- Está tendo acompanhamento no S. de referência?
- Está tendo acompanhamento na US de puericultura?
- Recebeu a vacina para hepatite B?

GESTANTE COM SÍFILIS

Gestante VDRL Positivo e FTA-Abs Positivo:

Notificar

- Tratar a Gestante - encaminhar p/ referência
- Tratar o parceiro

Controle do VDRL mensal

Controle com VDRL e TTO do RN no Hospital



GESTANTE COM TOXOPLASMOSE

IgG +, IgM + e teste de Avidéz de IgG fraca, ou forte com mais de 17 semanas
Entrega da medicação pela US
Encaminhar para referência

- **Busca ativa:**
Está tomando medicação?
De forma correta?
- **Seguimento do bebê:**
Está tomando medicação de forma correta?
Está tendo acompanhamento no S. de referência?
Está tendo acompanhamento na US de puericultura?

HEPATITE B NA GRAVIDEZ

HbsAg +, pedir HbeAg e Transaminases
Transaminases alteradas ou HbeAg +, encaminhar para S. de referência
Transaminases normais e HbeAg negativo seguimento na US, solicitando a TGO e TGP a cada 3 meses.

- **Seguimento do bebê:**
Tomou imunoglobulina e a 1ª dose da vacina no hospital?
- **Assintomático:**
Completar as doses da vacina p/ Hepatite B
Aos 9 e 15 meses anti-HbsAg
- **Sintomático:**
Encaminhar para referência
Está tendo acompanhamento de puericultura na US?

DIABETES GESTACIONAL

Curva glicêmica 2 dosagens (75g) maior que 140mg/dl
Encaminhar para o pré-natal do S. de referência

- **Busca ativa:**
Está tendo acompanhamento no S. de referência?
- **Seguimento do bebê:**
Está tendo acompanhamento na US de puericultura

ALTERAÇÃO CITOPATOLÓGICA MATERNA

ASCUS
AGUS
HPV
NIC I, NIC II NIC III
CARCINOMA ESCAMOSO
ADENOMARCINOMA IN SITU
ADENOCARCINOMA INVASIVO

Encaminhar para US referência - patologia cervical



EXTREMOS DO ESTADO NUTRICIONAL

BAIXO PESO - IMC - 19,8

OBESIDADE - IMC - > 29

BAIXO PESO - encaminhar para o Programa de Vigilância Nutricional

OBESIDADE - Encaminhar para S. de referência

GESTANTE COM COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MENTAL

Gestante em uso de medicação anti-psicótica ou anti-depressiva

Encaminhar para avaliação do programa Saúde Mental

GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Gestante hospitalizada com trabalho de parto prematuro

Encaminhar para o S. de referência

- **Busca ativa:**

Seguimento em caso de tratamento domiciliar

SITUAÇÕES QUE EXIGEM SEGUIMENTO ECOGRÁFICO

Gemelaridade
Incompetência istmo-cervical
Placenta prévia
Polidrâmnio

Oligodrâmnio
Mal formação fetal
Crescimento fetal < esperado
Crescimento fetal > do esperado

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ

PA > 140/90 mmHg ou quando houver conhecimento prévio da PA houver um aumento de:

30 mmHg na PA sistólica

15 mmHg na PA diastólica.

Edema , aparecimento súbito ou ganho de peso > que 500g/ semanais

Proteinúria uma cruz ou mais no parcial de urina

Se forem encontradas estas alterações, encaminhar para S. referência

Rotina de DHEG:

Hemograma , parcial de urina, ácido úrico, TGO, TGP, LDH, uréia, creatinina e coagulograma.

Se alterados encaminhar imediatamente para o hospital de referência

Conduta:

DHEG leve:

Dieta normossódica e hiperprotéica

Repouso relativo em decúbito lateral esquerdo por 2 horas em cada período.

Sedação com LEVOPROMAZINA 3mg VO 3 x ao dia

Nos casos de hipertensão arterial crônica

PA diastólica > 100mmHg iniciar com METILDOPA 750mg /dia e encaminhar para S. Referência



GESTANTE COM TUBERCULOSE**Bacilífera:**

Baciloscopia mensal durante o tratamento

Notificar

Entrega da medicação

Seguimento:

Está tomando medicação?

Está sendo acompanhada pela US?

Não Bacilífera - TB extra-pulmonar

Encaminhada para referência

Está tendo acompanhamento no serviço de referência?

Está tomando medicação corretamente?

Seguimento do RN

RN de mãe bacilífera no parto:

quimioprofilaxia por 3 meses e após, solicitar PPD

PPD positivo - mantem a quimioprofilaxia por mais 3 meses

PPD negativo - suspender quimiorofilaxia e fazer BCG



ANEXO II – OFICINAS PARA AS GESTANTES

O programa Mãe Curitibana deve assegurar que todas as mães participem de oficinas realizadas nas US onde realizam o pré-natal. Os instrutores devem utilizar diversas técnicas e abordagens capazes de possibilitar a participação ativa das gestantes e familiares no processo de aprendizado como dinâmicas de grupo, dramatização, estudo de casos, uso de formulários, ilustrações, diapositivos e fitas de vídeo.

O contato prévio da gestante com a maternidade à qual está vinculada contribui para a redução da ansiedade no período do parto. Os Distritos Sanitários, em conjunto com as Unidades de Saúde, estarão organizando essas visitas para as gestantes, que deverão acontecer entre o 5º e o 6º mês de gestação.

O conteúdo sugerido das oficinas está descrito a seguir:

1ª. OFICINA:

A) Mudanças maternas na gestação:

Mudanças Físicas - mudanças corporais, desenvolvimento intra-uterino do feto, avaliação da mama e preparo se houver necessidade;

Mudanças Hormonais - a elevação hormonal como responsável pelos sinais e sintomas;

Mudanças Sexuais - resposta sexual na gravidez, adaptação sexual na gravidez e visão e comportamento do parceiro;

Mudanças Sociais - relação familiar, social e escolar e no trabalho.

B) Cuidados maternos durante a gestação:

- Importância das consultas de pré-natal, exames, visitas à maternidade;
- Orientações nutricionais e adequação da dieta alimentar;
- Os exercícios necessários para o preparo do parto;
- As vacinas preconizadas no período gestacional e as contra-indicadas;
- Cuidados com a saúde bucal da mãe;
- Cuidados com a higiene;
- Sinais de complicação e alerta na gestação – sangramento vaginal ou perda de líquido, edema, febre, redução dos movimentos do bebê por mais de 24 horas, cefaléia, escotomas, sinais indicativos de início de trabalho de parto;
- Maternidade e paternidade responsável - uso de medicamentos, drogas e fumo e suas implicações na gestação; importância do uso do preservativo na prevenção de DST e HIV.

2ª OFICINA

A) Preparação para o parto e pós-parto imediato

Orientações sobre parto e puerpério; sinais e sintomas do parto; quando procurar o hospital: dor, perda de líquido vaginal, diminuição da movimentação fetal, sangramento vaginal;



Cuidados no pós-parto imediato - cuidados com a mama e higiene íntima; alimentação materna; sinais de alerta de complicações do pós-parto; orientação sexual (abstinência).

Cuidados com o bebê - higiene do bebê; vacinas; teste do pezinho; aleitamento materno; importância do acompanhamento do bebê na puericultura.

Participação do parceiro (apoio, divisão de tarefas, licença paternidade)

B) Puerpério e Planejamento Familiar

Manutenção do aleitamento exclusivo, escolha do método anticoncepcional conforme risco reprodutivo.

Adolescentes:

Acompanhamento do bebê no 1º ano de vida e dos pais adolescentes (vide protocolo do adolescente- SMS 2002)

Escolha do método anticoncepcional adequado visando a prevenção da segunda gravidez nas adolescentes.



ANEXO III – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE TERATOGENICIDADE DOS MEDICAMENTOS, QUANDO UTILIZADOS DURANTE A GRAVIDEZ, DE ACORDO COM A FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA).

CATEGORIA	PRINCIPAIS FONTES
A	Estudos controlados em mulheres não demonstraram risco para o feto no primeiro trimestre; não há evidências de risco nos trimestres posteriores; a possibilidade de agravo é remota.
B	Estudos de reprodução animal não demonstraram riscos para o feto e não há estudos controlados em mulheres. OU Estudos de reprodução animal demonstraram efeitos adversos sobre o feto que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres no primeiro trimestre.
C	Estudos de reprodução animal demonstraram efeitos adversos sobre o feto e não há estudos controlados em mulheres. OU Estudos controlados de reprodução animal e em mulheres não foram realizados. O uso deve ser indicado somente se o benefício potencial justifique o risco potencial.
D	Há evidências de risco fetal humano mas os benefícios do uso durante a gestação são aceitos apesar do risco (risco de vida ou doenças graves onde drogas mais seguras são inefetivas ou não existem).
E	Estudos em animais e humanos demonstraram anormalidades fetais e/ou há evidências de risco fetal baseado na experiência humana e o benefício do uso não justifica o risco potencial. A droga é contra-indicada para gestantes e mulheres com probabilidade de engravidar.

Fonte: Food and Drug Administration



ANEXO IV – CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO ANTI-RETROVIRAL

Critérios para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (Ministério da Saúde, 2002/2003, série manuais n.º 46);

CENÁRIO 1

IDADE GESTACIONAL	< 14 SEMANAS
Clínica	Assintomática
História de TARV	Não
CD4* e***	Coletar sangue para sua aferição **
Carga Viral ***	Coletar sangue para sua aferição **
Recomendações TARV	
Na gestação	Após 14 semanas iniciar zidovudina oral (300mg a cada 12 horas). Quando os resultados estiverem disponíveis, a mulher deverá ser reavaliada, permanecendo em uso da zidovudina isoladamente ou iniciando TARV combinada****, a depender dos resultados de T-CD4+ e carga viral (ver cenário 2)

* Em situações excepcionais(impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+), a introdução da terapia anti-retroviral combinada **** ,e de profilaxias primárias (quimioprofilaxia com sulfametoxazol + trimetopina) deve ser considerada para pacientes com linfócitos totais inferior a 1.000 células/mm³(no hemograma), especialmente se hemoglobina for menor que 13g/dl, pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 200 células/mm³ (ver cenário 4)

** Para evitar que , ao aguardar o resultado dos exames de T-CD4+ e carga viral, a gestante permaneça longo tempo sem receber intervenção com anti-retrovirais, a zidovudina (300mg VO a cada 12 horas) deverá ser iniciada após a coleta de sangue para estes exames, estando a gestação após a 14ª semana

*** Caso a paciente atinja a 28ª semana de gestação sem que, por qualquer motivo, os exames de T-CD4+ e carga viral estejam disponíveis, deverá ser instituída a TARV combinada com três drogas. Os esquemas são preferencialmente: AZT+Nevirapina+3TC ou AZT+3TC+Nelfinavir ****. Neste caso, não se deve interromper a administração dos anti-retrovirais no pós-parto até que os resultados de carga viral e T-CD4+ sejam conhecidos, permitindo a definição da conduta terapêutica da mulher.

**** A escolha entre Nelfinavir e a Nevirapina deverá considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a magnitude da carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e ao uso de medicamentos. O Nelfinavir é o mais indicado em idade gestacionais inferiores a 28 semanas e para mulheres com imunodepressão mais acentuada. Por outro lado, a nevirapina, atravessa melhor a barreira placentária e deve ser considerada nos casos de início de TARV em idade gestacional avançada. Entretanto, a fraca barreira genética, dessa droga, para o desenvolvimento de mutações que conferem



resistência a toda a classe dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos atualmente disponíveis, tornam seu uso arriscado em pacientes com carga viral elevada e/ou baixo potencial de adesão.

O uso da nevirapina só é recomendável em esquema triplo, estando proscrito o seu uso como droga isolada.

CENÁRIO 2A

IDADE GESTACIONAL**	ENTRE 14 E 27 SEMANAS
Clínica	Assintomática
História de TARV	Não
CD4* e**	> 350 células/mm ³
Carga Viral **	< 10.000 cópias/ml ***
Recomendações TARV	
Na gestação	Após 14 semanas iniciar zidovudina oral (300mg a cada 12 horas). Ou TARV combinada***

* Em situações excepcionais(impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+), a introdução da terapia anti-retroviral combinada **** ,e de profilaxias primárias (quimioprofilaxia com sulfametoxazol + trimetopina) deve ser considerada para pacientes com linfócitos totais inferior a 1.000 células/mm³(no hemograma), especialmente se hemoglobina for menor que 13g/dl, pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 200 células/mm³ (ver cenário 4)

** Quando o diagnóstico de infecção pelo HIV for realizado entre 14^a e 27^a semanas de gestação, e os resultados da contagem de linfócitos totais e da hemoglobina forem satisfatórios(não sugestivos de imunossupressão), Para evitar que, ao aguardar o resultado dos exames de T-CD4+ e carga viral, a gestante permaneça longo tempo sem receber intervenção com anti-retrovirais, a zidovudina(300mg VO a cada 12 horas) deverá ser iniciada após a coleta de sangue para estes exames, estando a gestação após a 14^a semana

*** Para mulheres com carga viral entre 1.000 e 10.000 cópias poderá ser considerada a possibilidade do uso de TARV combinada com esquema que inclua a 3TC+Nelfinavir****.

**** A escolha entre Nelfinavir e a Nevirapina deverá considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a magnitude da carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e ao uso de medicamentos. O Nelfinavir é o mais indicado em idade gestacionais inferiores a 28 semanas e para mulheres com imunodepressão mais acentuada. Por outro lado, a nevirapina, atravessa melhor a barreira placentária e deve ser considerada nos casos de início de TARV em idade gestacional mais avançada. Entretanto, a fraca barreira genética, dessa droga, para o desenvolvimento de mutações que confere resistência a toda a classe dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos atualmente disponíveis, tornando seu uso arriscado em pacientes com carga viral elevada e/ou baixo potencial de adesão.

O uso da nevirapina só é recomendável em esquema triplo, estando proscrito o seu uso como droga isolada.



CENÁRIO 2B

IDADE GESTACIONAL**	ENTRE 14 E 27 SEMANAS
Clínica	Assintomática
História de TARV	Não
CD4* e**	> 350 células/mm ³
Carga Viral **	> 10.000 cópias/ml ***
Recomendações TARV	
Na gestação	Na gestação Iniciar TARV combinada, com esquema que inclua zidovudina. Preferencialmente os esquemas sugeridos são: AZT + 3TC + Nelfinavir ou AZT + 3TC + Nevirapina. ***

* Em situações excepcionais (impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+), a introdução da terapia anti-retroviral combinada ****, e de profilaxias primárias (quimioprofilaxia com sulfametoxazol + trimetoprina) deve ser considerada para pacientes com linfócitos totais inferior a 1.000 células/mm³ (no hemograma), especialmente se hemoglobina for menor que 13g/dl, pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 200 células/mm³ (ver cenário 4)

** Quando o diagnóstico de infecção pelo HIV for realizado entre 14^a e 27^a semanas de gestação, e os resultados da contagem de linfócitos totais e da hemoglobina forem satisfatórios (não sugestivos de imunossupressão), Para evitar que, ao aguardar o resultado dos exames de T-CD4+ e carga viral, a gestante permaneça longo tempo sem receber intervenção com anti-retrovirais, a zidovudina (300mg VO a cada 12 horas) deverá ser iniciada após a coleta de sangue para estes exames, estando a gestação após a 14^a semana

**** A escolha entre Nelfinavir e a Nevirapina deverá considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a magnitude da carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e ao uso de medicamentos. O Nelfinavir é o mais indicado em idade gestacionais inferiores a 28 semanas e para mulheres com imunodepressão mais acentuada. Por outro lado, a nevirapina, atravessa melhor a barreira placentária e deve ser considerada nos casos de início de TARV em idade gestacional mais avançada. Entretanto, a fraca barreira genética, dessa droga, para o desenvolvimento de mutações que confere resistência a toda a classe dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos atualmente disponíveis, tornando seu uso arriscado em pacientes com carga viral elevada e/ou baixo potencial de adesão.

O uso da nevirapina só é recomendável em esquema triplo, estando proscrito o seu uso como droga isolada.



CENÁRIO 3A

IDADE GESTACIONAL	≥ 28 SEMANAS
Clínica	Assintomática
História de TARV	Não
CD4* e **	> 350 células/mm ³
Carga Viral **	< 10.000 cópias/ml ***
Recomendações TARV	
Na gestação	Zidovudina oral (300mg VO a cada 12 horas)

* Em situações excepcionais(impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+), a introdução da terapia anti-retroviral combinada **** ,e de profilaxias primárias (quimioprofilaxia com sulfametoxazol + trimetropina) deve ser considerada para pacientes com linfócitos totais inferior a 1.000 células/mm³(no hemograma), especialmente se hemoglobina for menor que 13g/dl, pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 200 células/mm³ (ver cenário 4)

** Paciente com idade gestacional ≥ 28^a semanas, sem que, por qualquer motivo, os exames de CD4 e Carga viral estejam disponíveis, deverá ser instituída a TARV combinada com três drogas. Nesta situação os esquemas são preferencialmente: AZT+3TC+Nevirapina ou AZT+3TC+Nelfinavir***. Neste caso, não se deve interromper a administração dos anti-retrovirais no pós-parto até que os resultados de carga viral e CD4 seja conhecidos, permitindo a definição da conduta terapêutica da mulher

**** A escolha entre Nelfinavir e a Nevirapina deverá considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a magnitude da carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e ao uso de medicamentos. O Nelfinavir é o mais indicado em idade gestacionais inferiores a 28 semanas e para mulheres com imunodepressão mais acentuada. Por outro lado, a nevirapina, atravessa melhor a barreira placentária e deve ser considerada nos casos de início de TARV em idade gestacional mais avançada. Entretanto, a fraca barreira genética, dessa droga, para o desenvolvimento de mutações que confere resistência a toda a classe dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos atualmente disponíveis, tornando seu uso arriscado em pacientes com carga viral elevada e/ou baixo potencial de adesão.

O uso da nevirapina só é recomendável em esquema triplo, estando proscrito o seu uso como droga isolada.



CENÁRIO 3B

IDADE GESTACIONAL**	≥ 28 SEMANAS
Clínica	Assintomática
História de TARV	Não
CD4* e**	> 350 células/mm ³ ou não disponíveis
Carga Viral **	> 10.000 cópias/ml ***
Recomendações TARV	
Na gestação	Iniciar TARV combinada, com esquema que inclua zidovudina. Preferencialmente os esquemas sugeridos são: AZT + 3TC + Nelfinavir ou AZT + 3TC + Nevirapina. ***

* Em situações excepcionais(impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+), a introdução da terapia anti-retroviral combinada **** ,e de profilaxias primárias (quimioprofilaxia com sulfametoxazol + trimetropina) deve ser considerada para pacientes com linfócitos totais inferior a 1.000 células/mm³(no hemograma), especialmente se hemoglobina for menor que 13g/dl, pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 200 células/mm³ (ver cenário 4)

** Paciente com idade gestacional ≥ 28^a semanas, sem que, por qualquer motivo, os exames de CD4 e Carga viral estejam disponíveis, deverá ser instituída a TARV combinada com três drogas. Nesta situação os esquemas são preferencialmente: AZT+3TC+Nevirapina ou AZT+3TC+Nelfinavir***. Neste caso, não se deve interromper a administração dos anti-retrovirais no pós-parto até que os resultados de carga viral e CD4 seja conhecidos, permitindo a definição da conduta terapêutica da mulher

**** A escolha entre Nelfinavir e a Nevirapina deverá considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a magnitude da carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e ao uso de medicamentos. O Nelfinavir é o mais indicado em idade gestacionais inferiores a 28 semanas e para mulheres com imunodepressão mais acentuada. Por outro lado, a nevirapina, atravessa melhor a barreira placentária e deve ser considerada nos casos de início de TARV em idade gestacional mais avançada. Entretanto, a fraca barreira genética, dessa droga, para o desenvolvimento de mutações que confere resistência a toda a classe dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos atualmente disponíveis, tornando seu uso arriscado em pacientes com carga viral elevada e/ou baixo potencial de adesão.

O uso da nevirapina só é recomendável em esquema triplo, estando proscrito o seu uso como droga isolada.



CENÁRIO 4

IDADE GESTACIONAL**	INDEPENDENTE
Clínica	Sintomática
História de TARV	Não
CD4*	< 350 células/mm ³
Carga Viral	Independente
Recomendações TARV ∞	
Na gestação	Iniciar TARV combinada, com esquema que inclua zidovudina. Preferencialmente os esquemas sugeridos são: AZT+3TC+Nelfinavir ou AZT +3TC +Nevirapina. **e ***

* Na impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+, e estando a paciente sintomática, está indicada a introdução da terapia anti-retroviral combinada ***, e de profilaxias primárias (quimioprofilaxia com sulfametoxazol + trimetropina). Nesta situação a contagem de linfócitos totais e hemoglobina podem auxiliar como parâmetro inicial ao uso de TARV, pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser inferior a 200 células/mm³, especialmente se hemoglobina menor que 13g/dl. É importante lembrar que essas pacientes devem ser encaminhadas, em caráter de urgência, para um serviço especializado no manejo de portadores do HIV

** Quando a idade gestacional no momento do diagnóstico for menor que 14 semanas, em pacientes sintomáticas ou com contagem de linfócitos T-CD4+ inferior a 350 células/mm³, embora não se possa garantir que o uso de TARV combinada seja seguro para o feto, a postergação do início do tratamento poderá acarretar risco de progressão de doença materna, o que causará, conseqüentemente, maior risco de transmissão vertical do HIV.

**** A escolha entre Nelfinavir e a Nevirapina deverá considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a magnitude da carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e ao uso de medicamentos. O Nelfinavir é o mais indicado em idade gestacionais inferiores a 28 semanas e para mulheres com imunodepressão mais acentuada. Por outro lado, a nevirapina, atravessa melhor a barreira placentária e deve ser considerada nos casos de início de TARV em idade gestacional mais avançada. Entretanto, a fraca barreira genética, dessa droga, para o desenvolvimento de mutações que conferem resistência a toda a classe dos inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos atualmente disponíveis, tornam seu uso arriscado em pacientes com carga viral elevada e/ou baixo potencial de adesão.

O uso da nevirapina só é recomendável em esquema triplo, estando proscrito o seu uso como droga isolada.



CENÁRIO 5

IDADE GESTACIONAL**	INDEPENDENTE
Clínica	Mulher HIV + em uso de TARV*
História de TARV	Sim
CD4	Independente
Carga Viral	Independente
Recomendações TARV ∞	
Na gestação	O esquema terapêutico em uso será mantido enquanto se apresentar eficaz, exceto se contiver drogas sabidamente contra-indicadas durante a gestação, tais como hidroxiuréia, efavirenz e zalcitabina que deverão ser substituídas. Sempre que possível a zidovudina deverá compor o esquema de tratamento. A única exceção ao uso completo do regime de zidovudina durante a gravidez se aplica às gestantes que estejam fazendo uso, com sucesso, de esquemas terapêuticos que incluam a estavudina(d4T). Nesse caso, deve-se manter o esquema terapêutico com d4T e administrar zidovudina intravenosa durante o trabalho de parto e parto e a solução via oral para o recém-nascido.

* O diagnóstico de gestação em mulheres em uso de terapia anti-retroviral deverá suscitar imediata reavaliação imunológica e virológica, com o objetivo de adequar o esquema anti-retroviral.



ANEXO V – NOTIFICAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

A notificação epidemiológica é um instrumento que permite a avaliação das informações sobre agravos para adequação de medidas de prevenção primária, secundária e terciária.

NOTIFICAÇÃO DE HEPATITE B, TUBERCULOSE, TOXOPLASMOSE, HIV E SÍFILIS

NA GESTANTE

Nos casos de tuberculose, hepatite B, sífilis, toxoplasmose, HIV/AIDS, durante a gestação:

- Após confirmação do diagnóstico a US deve preencher a ficha epidemiológica e remetê-la juntamente com a ficha de notificação ao DS;
- O DS deve conferir os dados descritos na ficha, sendo de sua responsabilidade a exatidão, complementação e correção das fichas. As fichas devem ser completadas e digitadas num prazo máximo de 60 dias.

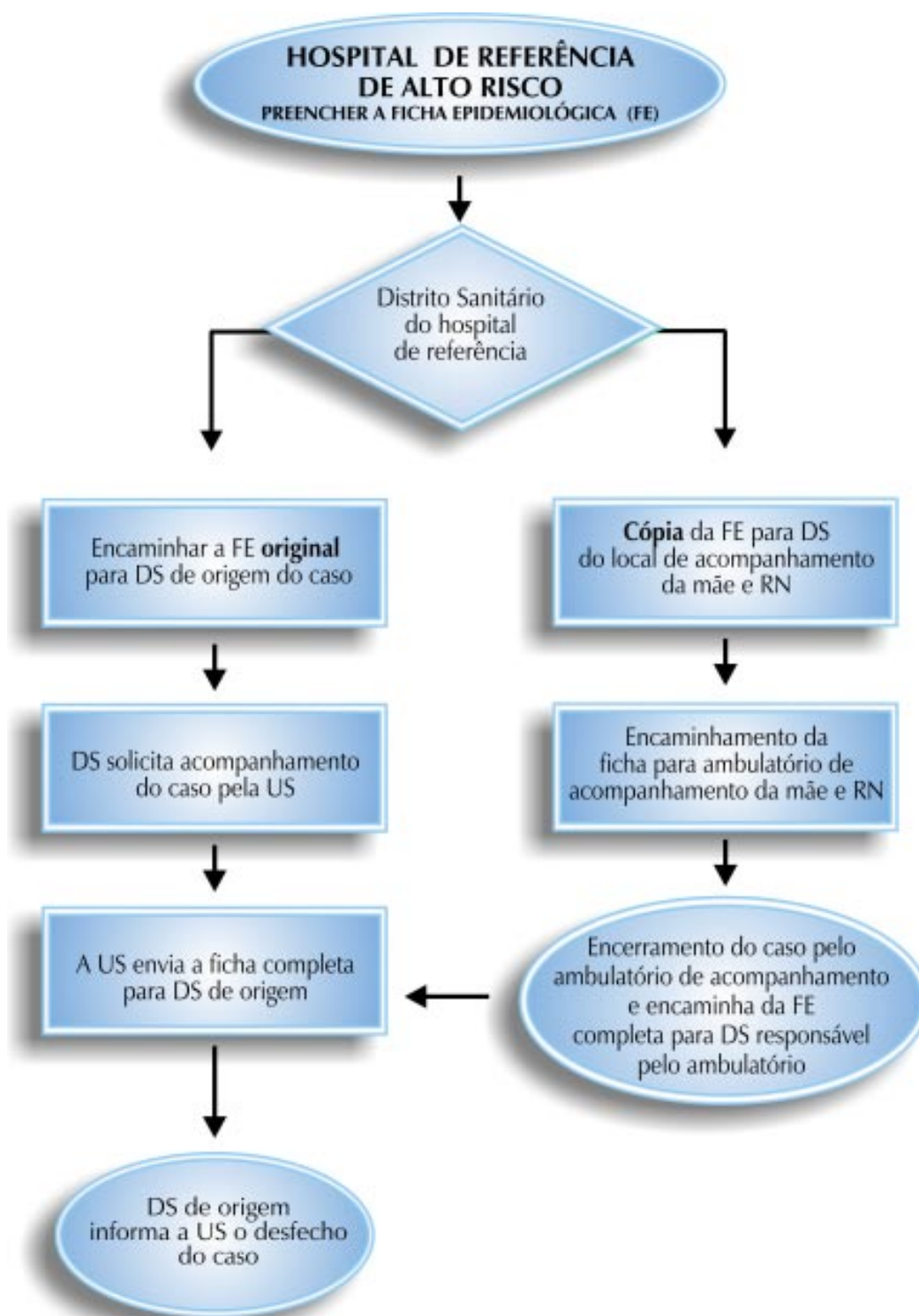
Nos casos de gestantes HIV positivo devem ser preenchidas duas fichas:

- 1ª “Gestante HIV + e Crianças Expostas” ;
- 2ª “ AIDS (pacientes com 13 anos ou mais)” .

NO RECÉM-NASCIDO

- Ao hospital compete o preenchimento de todos os campos cabíveis da ficha epidemiológica e o envio da ficha de notificação ao DS responsável pelo hospital;
- Nos casos de sífilis congênita diagnosticada no parto devem ser preenchidas as fichas de sífilis materna e congênita;
- O DS, após conferência e correção dos dados preenchidos, encaminha cópia da ficha para o DS de origem (residência) do caso e a original para o DS responsável pelo local do acompanhamento do RN;
- O DS de origem informa a US de origem (residência) todos os casos notificados. A US deve monitorar todos os casos notificados em sua área quanto ao tratamento, participação de consultas agendadas, alta;
- O DS do local de acompanhamento encaminha a ficha para o ambulatório de acompanhamento do RN e exige o encerramento da mesma; quando a ficha estiver completa e o caso encerrado, deve ser encaminhada ao DS de origem (residência).



FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES
EPIDEMIOLÓGICAS

ANEXO VI – DEZ PASSOS PARA A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO

Recomendações da Organização Mundial da Saúde - 1996

- 1º Permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhamento da família ou amigo durante o trabalho de parto e o parto, dando-lhe segurança e apoio.
- 2º Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto, até a conclusão do processo obstétrico.
- 3º Oferecer à mulher o máximo de informações e explicações segundo as sua demanda.
- 4º Respeitar o direito da mulher à privacidade no local de nascimento.
- 5º Permitir à mulher a liberdade de caminhar, mover-se e adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e expulsão; encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia (supino, com as pernas levantadas)
- 6º Orientar e oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagem, banho morno e técnicas relaxamento.
- 7º Ofertar fluídos via oral durante o trabalho de parto e o parto.
- 8º Permitir o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno.
- 9º Possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto através do uso do partograma.
- 10º Oferecer alojamento conjunto e esforçar-se para pôr em prática os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, tornando-se um hospital amigo da criança.



ANEXO VII – SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL

Gerenciamento e monitoramento da qualidade da assistência à saúde materno-infantil na Rede Pública Municipal de Saúde através de itens pactuados com os Distritos e as Unidades de Saúde.

INSCRIÇÃO NO PROGRAMA	
ATIVIDADE	PARÂMETRO
Captar e inscrever as gestantes da área de abrangência, no pré-natal da US conforme o protocolo do pré-natal, parto e puerpério	Inscriver no Programa, 100% das gestantes residentes na área de abrangência da US, usuárias do SUS, antes do 4º mês de gestação, por profissional médico ou enfermeiro
ASSISTÊNCIA	
ATIVIDADE	PARÂMETRO
Realizar 7 consultas (médicas e de enfermagem), conforme classificação de risco ou idade gestacional na inscrição	Baixo risco: Mínimo de 1 consulta no 1º trimestre; Mínimo de 2 consultas no 2º trimestre Mínimo de 4 consultas no 3º trimestre.
Classificar as gestantes por grau de risco e monitorar as de alto risco conforme os critérios estabelecidos no Protocolo	Classificar 100% das gestantes, encaminhar as de alto risco para serviço de referência e monitorar 100% das de alto risco, conforme os critérios estabelecidos neste protocolo, durante o ciclo grávido puerperal
Realizar exames laboratoriais conforme o preconizado no Protocolo	Realizar exames laboratoriais para 100% das gestantes inscritas no programa, conforme protocolo
Identificar as gestantes com risco nutricional	Identificar 100% das gestantes com risco nutricional e inscrever no Programa de vigilância nutricional
Ofertar oficinas para as gestantes durante o pré-natal.	Ofertar no mínimo 2 oficinas para cada gestante, durante o pré-natal
Garantir visita à maternidade durante o pré-natal;	Garantir às gestantes visita à maternidade durante o pré-natal;
Realizar consulta médica puerperal, para gestante, até 42 dias após o parto;	Realizar no mínimo 1 consulta médica puerperal na US, por gestante, até 42 dias após o parto a 70% das mulheres inscritas no Programa
Notificar os casos	Notificar 100% dos casos de Hepatite B, Tuberculose, Toxoplasmose, HIV e Sífilis na gestação
Encaminhar para serviço de referência de pré-natal quando indicado	Encaminhar 100% das gestantes HIV+, sífilis e toxoplasmose ao serviço de referência de pré natal de alto risco
Monitorar a gestante	Monitorar 100% das gestantes conforme o estabelecido neste Protocolo
Realizar o acompanhamento do RN conforme o Protocolo	Realizar o monitoramento de 100% dos RN, conforme o estabelecido neste Protocolo



ANEXO VIII – ORIENTAÇÕES LEGAIS PARA A GESTANTE

Direito à Saúde:

- Respeito e qualidade - A gestante tem direito ao atendimento gratuito e de boa qualidade nos hospitais públicos e nos conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde);
- Carteira da Gestante - A gestante deve receber a sua Carteira de Gestante na primeira consulta, esta deve conter todas as anotações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultado dos exames solicitados. A paciente deve portar a carteira em todos os atendimentos;
- Por ocasião do parto a puérpera tem direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação;
- No momento da alta hospitalar, a puérpera tem direito de receber orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta pós-parto e o controle da saúde do bebê.

Direitos Sociais:

- Prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas ou privadas;
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- Os pais têm direito de registrar o seu bebê (Certidão de Nascimento) gratuitamente em qualquer cartório;
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuírem em seus quadros funcionais pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade.

Estabilidade da Gestante no emprego:

- O artigo 7º, inciso II, letra b, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias garante a toda empregada gestante direito a estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após do parto. A confirmação da gravidez deve ser atestada por meio do exame laboratorial e médico.
- Isto significa que a gestante não poderá ser dispensada dos serviços até 5 meses após o nascimento de seu filho. Caso seja despedida tem direito à indenização correspondente aos salários e demais vantagens relativas ao respectivo período;
- Para tanto, assim que confirmada a gravidez a mulher deve informar ao empregador. A comunicação ao empregador se faz através da apresentação do exame laboratorial (TIG) e do atestado fornecido pelo médico;
- O profissional de saúde pode orientar a gestante que seus exames lhe pertencem, devendo apenas fornecer as cópias ao empregador, com ciência do recebimento. É uma boa medida para assegurar o direito à estabilidade gestacional.

Licença maternidade

- O artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal garante a empregada gestante o direito a licença maternidade de 120 (cento e vinte dias), após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e demais benefícios. O médico fornece-



rá atestado do nascimento, que deverá ser encaminhado ao empregador com a comunicação da data do início do afastamento;

- A licença maternidade poderá ocorrer a partir do 8º mês da gestação. Neste caso o atestado médico indicará a data do afastamento;
- Além da licença maternidade, sendo necessário à saúde da mãe e do filho, antes e depois do parto, a gestante tem direito ao período de 2 (duas) semanas para descanso, nos termos previstos no artigo 392, § 2º da Consolidação das Leis do Trabalho. O médico fornecerá atestado se verificadas tais condições.

Funções exercidas pela gestante

- Durante a gravidez a empregada poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais vantagens, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigirem, asseguradas a volta da função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença maternidade;
- Para isto, a gestante deverá apresentar ao empregador o atestado fornecido pelo médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos a saúde da mãe e do bebê.

Licença médica

- Sempre que a gestante comparecer às consultas e exames terá direito a dispensa do horário de trabalho. O médico deve fornecer atestado para que a empregada possa justificar a falta. E o artigo 371, § 4º, inciso II, da Consolidação das Leis do Trabalho que garante a gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para realização das consultas médicas e exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação saudável.

Aborto

- No caso de aborto não criminoso a mulher tem direito a 2 (duas) semanas de repouso, ficando assegurado seus salários e funções exercidas. A prova do abortamento espontâneo, faz-se através do atestado médico oficial, o qual deverá a empregada encaminhar ao empregador.

Amamentação

- O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura a mãe o direito a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho para amamentação de seu filho, até que complete 6 (seis) meses de idade;
- Caso o bebê necessite, o médico fornecerá atestado para que os repouso para amamentação durante a jornada de trabalho sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período;
- A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado dentro da empresa (artigo 400 da Consolidação das Leis do Trabalho).



Atestados

- O artigo 373-A, inciso IV da Consolidação das Leis do Trabalho proíbe a exigência pelo empregador de atestado ou exame, de qualquer natureza, para comprovação de esterilidade ou gravidez da mulher, na admissão ou permanência no emprego. O médico não deve fornecer atestado com estas finalidades;
- Por outro lado, o médico poderá fornecer atestado de gravidez da mulher para que esta possa exercer a faculdade de romper o compromisso de um contrato de trabalho, desde que seja prejudicial à gestação, nos termos previsto no artigo 394 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Outros direitos reprodutivos

- A nova lei sobre planejamento familiar permite a realização da laqueadura em mulheres com mais de 25 anos ou mais de dois filhos. Mas a laqueadura não poderá ser feita logo depois o parto ou a cesárea, a não ser que a mulher tenha algum problema grave de saúde ou tenha feito várias cesareanas;
- A mulher tem o direito de ser informada sobre todos os outros métodos anticoncepcionais antes da opção pela laqueadura de trompas;
- A mulher deve ser informada dos índices de falha dos métodos anticoncepcionais;
- Deverá ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a laqueadura tubária (Vide Protocolo de Planejamento Familiar-SMS-Curitiba-2002);
- Nos casos de risco de vida para a mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez;
- Nos caso de estupro, a mulher tem o direito a atendimento especial e poderá solicitar a interrupção da gravidez sem precisar de autorização do juiz. É recomendável que ela faça o “Boletim de Ocorrência” na delegacia, logo após ter sofrido o abuso sexual.
- Nestes casos, ela deve procurar a unidade de saúde mais próxima para que lhe indique os hospitais ou serviços de referências para este atendimento.
- Nestas situações a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno.

Direitos do pai

- Pelo artigo VII, inciso XIX e o artigo X, parágrafo I do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias -ADCT e a Constituição Federal o pai tem direito a uma LICENÇA-PATERNIDADE de cinco dias contínuos logo após o nascimento do seu bebê. A licença paternidade visa garantir a mãe e ao bebê a companhia e cuidados do pai nos primeiros dias após o parto.
- Pai tem direito a participar do pré-natal;
- Pai tem direito a ter acesso ao acompanhamento da gestante a nível hospitalar.



Referências Bibliográficas

- ADVANCED LIFE SUPPORT IN OBSTETRICS, 2002, Johns Hopkins Population Information Program, ALSO (Advanced Life Support in Obstetric), 2002. **Curso de Provedor em Emergências Obstétricas da Academia Americana de Médicos de Família.**
- AMATO, NETO & BALDY. **Doenças Transmissíveis.** 3ª. ed. Savier, 1.989. P. 836 – 839
- ARIE, J. ZUCKERMAN E HOWARD, C. THOMAS EDITORA CHURCHILL IN: **Viral Hepatitis autores Livingstone** – London, 1998.
- AUSTIN MP; MITCHELL PB - **Psychotropic medications in pregnant women: treatment dilemmas.** Med J Aust.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4ª. ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- BALLONE GJ - **Gravidez e Psicotróficos.** IN: PsiquWeb- Psiquiatria Geral, 2001. disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/mulher/gravimed.htm>
- BETTY A FORBES, DANIEL F SAHM, ALICE S WESSFELD. IN: **Diagnostic Microbiology.** Bailey e Scott's bby Mosby INC, 1998.
- BEZERRA DE MELLO, P.R, et al. **Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação.** J Pediatr, Rio J 2000;77(4):257-64.
- BUNCH, C; RIELLY, N. INOJOSA A, C. (Des.) **Los derechos de las mujeres son Derechos Humanos** - Crônicas de Uma Mobilização Mundial. México 2000
- CARR, D.B., CLARK, A.L., KEMEK, K., SPINNATO, J.A.. **Maintenance oral nifedipine for preterm labor: a randomized clinical trial.** Am J Obstet Gynecol Oct. 1999;181(4):822-7.
- CASTRO, F. C., CASTRO, M. J. V., CABRAL, A. C. V. e COLs. **Comparação dos Métodos para Diagnóstico da Toxoplasmose Congênita.** RGBO, v.23, no.5, 2001
- CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE, DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Leite é Saúde: **Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes de Risco Nutricional.** Curitiba, 1997. Científica do CLAP, nº1321. 03, Montevideo, 1996.
- COHEN LS; ROSENBAUM JF- **Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks.** J Clin Psychiatry.
- COSTA, C.F.F. **Infecção Puerperal: Etiopatogenia, Diagnóstico, Tratamento e Medidas Profiláticas.** GO., Ano II (n.4): 12 - 19, Jul./Ago. 1993.
- DANFORTH'S Obstetrics and Gynecology, 8th Edition, **Lippincott Williams and Wilkins**, page 271.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO ISSN 1676-2339. **Portaria No. 2104, de novembro de 2002.** no. 225, Quinta-feira, 21 de novembro de 2002.



- DINIZ, C. S. Projeto Gênero, Violência E Direitos Humanos- **Novas questões para o campo da Saúde.** www.mulheres.org.br- Faculdade de Medicina USP, Departamento de medicina Preventiva.
- DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL..Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Assistência Pré-Natal, Normas e Manuais Técnicos.** 2ª. ed. Brasília, 1988. 44 p.
- DUARTE, G., CUNHA, S.P, **Gestação de Alto Risco.** São Paulo, Medsi, 1998. P. 305 –312
- DUARTE, G., QUINTANA, S. M., PASCHOINI, M. C. **Toxoplasmose e Gravidez.** IN; Gestação de Alto Risco, 1998 capítulo 23, pg 305-312. Editora Modsi
- DUNCAN, B. D. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária.** Seção III, 2ª. ed. Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 1996. P. 175 – 215.
- ELMER W KONE MAN. Infecções do Trato genital. **Forma de Apresentação e Enfoques para formular um Diagnóstico Clínico,** Introdução à Microbiologia. Parte II, 2001
- FREITAS, F et al **Rotinas em Obstetrícia Porto Alegre:**Artmed Editora, 2001
- FRIEDMAN EA. Labor: **Clinical evalution and management.** New York, Appleton, 1978
- GASCOIGNE, G., BRADLEY, M.D. The 1996 U.S. **Preventive Service Task Force Report: What's No Longer Worth Doing?**
- GIBERT G. G. DONDERS, Phd. Am J Obstet. Gynecol 2000;183:431-7
- GORDON, B. A. et al. **Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido.** 4a. ed. Medsy, 1.999. p. 1012 -1015.
- GYETAVALI, K., HANNAH, M.E., HODNETT, E.D., OHISSON, A. **Tocolytics for preterm labor: a systematic review.** Obstet Gynecol Nov.1999;94 (5 Pt 20; 869-7
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA U.F.P.R., Unidade de Neonatologia. **Manual de Neonatologia.** Curitiba, 1995.
- HIV/AIDS **Treatment Information Service In: The Cochrane Library,** Issue 3, 2000.Oxford:Update Software.
- <http://www.aids.gov.br/>
- [_http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol-abril/tab1.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol-abril/tab1.htm)
- [_http://www.aids.gov.br/final/imprensa1/boletim-2002.htm](http://www.aids.gov.br/final/imprensa1/boletim-2002.htm)
- <http://www.aleitamento.med.br>
- [_http://www.hivatis.org-](http://www.hivatis.org-)
- [http:// gineco.amerhuac.org.br/html/mobilograma.html](http://gineco.amerhuac.org.br/html/mobilograma.html)
- INSTITUTO DE SAÚDE DO PARANÁ. **Roteiro de Inspeção para Liberação da Licença Sanitária aos Estabelecimentos Hospitalares.** Curitiba, 1997.
- JACOB K. FRENKEL, **Prevention of toxoplasma infection in pregnant women and their fetuses.** Clinical Infectious Diseases. 20, 728-729,1995.
- KAHHALE, S.; VASCONCELOS, M. **Hipertensão na Gravidez - Manual de Orientação.** FEBRASGO, 1997. SOGESP



- KELLOGG E ORWIG, 2000, ELMER W. KONEMAM, 2001; **Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis** .
- LEDA F. BERNARDIN. **Apostila do Curso da Associação Psicanalista de Curitiba.**
- LIESENFELD O, REMINGTON J. IN: *Obstetric Infection*, 2002 chapter 3, **Toxoplasmosis.**]
- Lista de discussão de profissionais e usuárias sobre as práticas de assistência
 ____Partonatural@yahoogrupos.com.br.Amigasdoparto@yahoogrupos.com.br
- LUZ NILO J. P., **MANUAL DA FEBRASGO, 2002.**
- MAHAN, L. K., ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**, 9ª edição, São Paulo, Editora Roca, 1998.
- MANDELL, DOUGLAS & BENNET. **Principles and Practice of Infectious Diseases. Wiley Medical.** 1.979. v.2. p 2131 -2132.
- MANUAL, 2002. **Sistema de logística de insumos de diagnóstico e assistência à gestantes e parturientes HIV positivas e sífilis, e crianças expostas ao HIV e com sífilis congênita.**
- MARCUS R. DE CARVALHO; RAQUEL N. TAMEZ – **AMAMENTAÇÃO- Bases científicas para a prática profissional.** Atuação de enfermagem, 2002.
- MCGREGOR, J. A., FRENCH, J. I., Departmente of Obbstetrics na Gynecology, Denver Health Medical Center. **Bacterial Vaginosis in Pregnancy.** Supplement v. 55, no. 5. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2000.
- MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES, CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. **The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.** Ottawa, Canada Communication Group, 1998. p. 4-175..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002. **Manual técnico de implantação da assistência à gestantes e parturientes HIV positivas e com sífilis, e crianças expostas ao HIV e com sífilis.**
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COORDENAÇÃO MATERNO-INFANTIL. **Gestação de Alto Risco.** 2ª.ed. Brasília, 1991. p 92. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. **Parto, aborto e puerpério , Assistência Humanizada à Mulher,** FEBRASGO ABENFO.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Doenças Infeciosas e Parasitárias.** 1. ed. Brasília, 1.999. p. 218.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Política de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, outubro, 2000. **Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis.**
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Política de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, outubro, 2000 **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST.** www.aids.gov.br
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional De Dst E Aids. **Infeção pelo HIV em Criança: Guia de Tratamento Clínico.** 2. ed. Brasília, 1.999. 24 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. **Instrução Normativa Sobre Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Crianças Menores de dois Anos.** Brasília-DF, 17 de janeiro de 2000.



- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em adultos e adolescentes. 1ªed. Brasília, 1998. 42p. Governo do Distrito Federal, Departamento de Saúde Pública. **Toxoplasmose Congênita Gestacional**. Brasília, 1998. p. 29.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES. **Manual de vigilância Epidemiológica dos Eventos Pós-vacinação**. 1ª edição Brasília: Ministério da Saúde 4ª edição Brasília: Ministério da Saúde 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual do Pré-Natal e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher** (versão preliminar). Brasília, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual Técnico de Atendimento Nutricional no Pré-Natal e Puerpério** (versão preliminar). Brasília, 2001.
- MMWR, february 8, 2002 / 51(RR02);1-36 – **Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices** (ACIP) and the American Academy of Family Physicians. <http://www.cdc.gov/nip>
- NATIONAL CENTER FOR INFECTIONS DISEASES www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/b/basics
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Organização Pan-Americana da Saúde, Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). **Atenção Pré-Natal e do Parto de Baixo Risco – Saúde Reprodutiva Materna Perinatal**, Publicação.
- PARANÁ. Secretaria de estado da Saúde. **Natural é o parto normal : pré natal, parto e puerpério/ Secretaria de Saúde do Paraná**. -3ª. ed., P. 79- Curitiba: SESA, 2002.
- PEDRO PAULO ROQUE MONTELEONE, CARLOS ALBERTO VALENTE **IN: Infectologia em Ginecologia e Obstetria**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.
- PHILIPPI,S.T., LATTERZA, A. R., CRUZ, A.T. R.; RIBEIRO, L. C. **Pirâmide Alimentar Adaptada – Guia para escolha dos alimentos**, Revista de Nutrição, Campinas, 12(1): 65-80, janeiro/abril, 1999.
- PROJETO NASCER EM CURITIBA VALE A VIDA. Curitiba, 1993. 16 p.
- RACHID, M. & SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 3 .ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1998, 182 p. <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/sifilis/prevenção.htm>
- REDESAÚDE. **Gravidez saudável e Parto Seguro são Direitos da Mulheres..** <http://redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaude.html>.
- RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO - 2001. Saúde Mental **Nova concepção, Nova Esperança**.
- REMINGTON and KLEIN. **Infections Diseases of the Fetus and Newborn Infant**. 4ª. ed. 1.995. p.140 - 267.
- REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976. 630 p.
- ROBERTO FOCACIA In: **Tratado de Hepatites Virais**. Editora Atheneu. São Paulo, 2003.
- RUBINSTEIN E - PROFAN (Programa de Educación A distância de Medicina Familiar y Ambulatorial) capítulo de **Infecções Urinárias**.



- SCHWARCZ, R., DÍAZ, A.G., FESCINA, R.H., BELITZKY, R., DE MUCIO, B., DELGADO, L., ROSSELLÓ, J.L.D. Partograma com curvas de alerta In: - **Saúde reprodutiva materna perinatal. Atenção pré-natal e do parto de Baixo Risco**. Publ. Cient CLAP, nº 1321.03: 134-44, 1996.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Paraná Mais Saúde: Criança, Mulher e Família**. Curitiba
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Manual de Atendimento ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Curitiba, 1996. 74 p.
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Sistema de Informações Gerenciais das US Básicas- Curitiba**. Bases para o Plano Operativo Local. 2003.
- SEGRE, M. A. C. & ARMELINI, A.P. RN. 2ª. ed. Sarvier, 1.985. P. 272 – 275
- SIMÕES, J. A. ,GIRALDO, P. C., CECCATTI, J. G., CAMARGO, R. P. S. , FAÚNDES, A. **Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana**. RBGO v. 20, no. 8 p 437-441,1998
- TAMEZ RAQUEL N. IN: Atuação de Enfermagem, 2002
- THE PANOS INSTITUTE Birth Rights. **New approaches to Safe Moteher hood**. Londres, 2001. _http://www.panos.org.uk/briefing/birth_rights_files/birth_rights.htm
- VALORIZANDO A DIGNIDADE MATERNA. Curitiba, 1996. 68 p.
- WEINSTOCK, M. **Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring**.
- WEISBORD J, KOUMANS E, GRAYSON K E T et al. **Sexually Transmitted Diseases During Pregnancy: Screening Diagnostic, and Treatmwent practices Among Prenatal Care**.Georgia. South Med J 94(1):47-53, 2001 Southem Medical Association.
- WING, DEBORAH A. Teraphy in Practice. **Phyelonephritis in Pregnancy**, Treatment Options for Optimal Outcomes. Drogs. **2001:61(14), 2087-2096**.
- BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE.DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Guia para o controle da hanseníase/Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde/ 1ªedição- Brasília:Ministério da Saude,2002.



EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Ana Maria Cavalcanti
Edvin Javier Boza Jimenez
Marcia Luiza Krajden
Maria Emi Schimazaki
Raquel Ferreira Scholz Uhlig

CO-AUTORES

Ana Maria Cavalcanti	Luzia Viviane Fabre
Andrea Maciel de Oliveira Rossoni	Marcia Luiza Krajden
Ângela Cristina Lucas de Oliveira	Margarete Solá Soares
Betina Mendez Alcântara Gabardo	Mariângela Galvão Simão
Chang Chain	Maria Antonia Dilay Oba
Claudete Teixeira Krause Closs	Maria Emi Schimazaki
Clea Elisa Lopes Ribeiro	Maria Goretti David Lopes
Cristina Rodrigues da Cruz	Maria Alice Correia Pedotti
Cristiane Maria Leal Vardana Marangon	Mariana Thomaz
Dênis José Nascimento	Marion Burger
Edson Gomes Tristão	Magali Macedo Kolczycki
Edvin Javier Boza Jimenez	Newton Sérgio de Carvalho
Elaine Sanae Sumikawa	Nilton Willrich
Jane Lúcia Oswald Túlio	Raquel Ferraro Cubas
Julia Valéria Ferreira Cordellini	Raquel Ferreira Scholz Uhlig
Karin Regina Luhm	Renato Luiz Sbalqueiro
Katie Mara Ferrari	Silvia Maria Gomes De Rossi
Lenira Gaede Senesi	Tomoko Sasazawa Ito
Lenita Antônia Vaz	Vera Maria Araújo Garcia e Boza
Lise Mara Villani Souza	Viviane Sazolari



