
*Pré natal, parto, puerpério
e atenção ao recém-nascido*

Curitiba, 2012



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

LUCIANO DUCCI

Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

ELIANE REGINA DA VEIGA CHOMATHAS

Secretária Municipal da Saúde

WAGNO RIGUES

Superintendente Executivo

ANNA PAULA LACERDA PENTEADO

Superintendente de Gestão

RAQUEL FERRARO CUBAS

Diretora do Centro de Informação em Saúde

EDVIN JAVIER BOZA JIMENEZ

Coordenador do Programa Mãe Curitibana

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

Centro de Informação em Saúde - CIS

Coordenação do Programa Mãe Curitibana

Endereço:

Rua Francisco Torres, nº 830, 7º Andar CEP: 80.060-130 - Curitiba, Paraná, Brasil.

Telefone: OXX41-3350-9455 Fax: OXX41-3350-9498

E-mail: maecuritibana@sms.curitiba.pr.gov.br

Edição - 2012

Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido /
organizadores: Edvin Javier Boza Jimenez, Lourdes
Terezinha Pchebelski; autores Ademar Cezar Volpi ...
[et al.]; colaboradores Ana Maria Cavalcanti ... [et al.] -
Curitiba, PR: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.
250 p.: il.; 28 cm.

Inclui bibliografia.

1. Protocolos médicos. 2. Obstetria. 3. Cuidado pré-natal.
4. Recém-nascidos. 5. Cuidado pós-natal. I. Jimenez, Edvin
Javier Boza. II. Pchebelski, Lourdes Terezinha. III. Volpi,
Ademar Cezar. IV. Cavalcanti, Ana Maria.

CDD (22ª ed.)
362.83098162

Proibida a reprodução sem autorização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Curitiba, março 2012



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

Programa Mãe Curitibana

2012

AGRADECIMENTO

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 crianças.

Agradecemos a todos os profissionais das Sociedades Científicas, Universidades e Instituições que fortalecem com sua parceria e contribuição, o aprimoramento e a realização desse trabalho, ao longo dos anos, incluindo sua validação.

A Prefeitura Municipal de Curitiba agradece a todos os servidores da Secretaria Municipal da Saúde que participaram na elaboração desse protocolo, em diferentes momentos, contribuindo de variadas formas para essa construção, renovando sempre a nossa busca pela melhoria da atenção.



*Pré -natal, parto,
puerpério e atenção ao
recém-nascido*



Apresentação

7

A Secretaria Municipal da Saúde apresenta a quinta versão do protocolo do Programa Mãe Curitibana.

Trata-se de uma revisão necessária porque a constante atualização dos profissionais da rede de saúde, o aprimoramento na assistência às nossas gestantes, bem como o fortalecimento dos laços com a comunidade, culmina com a redução de complicações evitáveis e um atendimento de excelência.

Além de ser um instrumento de trabalho, atualiza e padroniza os fluxos e condutas do Programa Mãe Curitibana, visando à redução da morbimortalidade materna e infantil, à diminuição da transmissão vertical do HIV, à redução da gravidez na adolescência e à melhoria na assistência às nossas gestantes e a seus recém-natos.

Esta é uma construção coletiva, feita com a contribuição integrada das equipes da rede municipal de saúde, da atenção primária, dos gestores, dos representantes comunitários participantes do Conselho Municipal da Saúde e dos prestadores de serviço, além de instituições e sociedades científicas que uniram esforços voltados ao aprimoramento das ações.

Eliane Regina da Veiga Chomatas
Secretária Municipal da Saúde



Premiação 9

O Programa Mãe Curitibana tornou-se uma experiência exitosa e reconhecida nacionalmente nos cuidados às gestantes e seus bebês. À todos os profissionais que com sua dedicação e comprometimento contribuíram para a implantação e aprimoramento do Programa gostaríamos de compartilhar as premiações.

- 2001 - Prêmio gestão pública e cidadania
Fundação Getúlio Vargas, Fundação FORD com apoio da BNDA
- 2001 - Experiência inovadora no SUS no Projeto Reforsus
Realização de Vasectomia em Ambulatórios de Unidades Básicas de Saúde
- 2003 - Menção Honrosa no Congresso da Rede Unida
“O programa Mãe Curitibana – Avançando na Humanização da Atenção Materno Infantil”
- 2005 - Menção Honrosa Bibi Vogel
O PROAMA, em suas ações de incentivo e promoção do aleitamento materno
- 2008 - Prática Vencedora na 2ª Edição do Prêmio ODM Brasil
- 2011- “Concurso Nacional de Boas Práticas em Maternidade Segura” OPAS/OMS
- 2011- Prêmio Bibi Vogel
O PROAMA, em suas ações de incentivo e promoção do aleitamento materno



Mensagem - I 11

A Comissão de Saúde da Mulher, uma das várias comissões temáticas que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, integradas por conselheiros e colaboradores acompanha o Programa Mãe Curitibana desde a sua implantação, contribuindo com idéias, propostas de ações práticas e exequíveis, bem como, com avaliações críticas e objetivas, visando sempre o avanço e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pelo Programa.

O papel de Controle Social da Comissão marcado por atitudes propositivas, vai além de cobranças das deliberações da I Conferência Municipal de Saúde da Mulher; de prestação de contas e/ou da execução do Plano Municipal de Saúde, e desenvolvido com efetividade em parceria com o gestor resulta em trabalho de grande valia.

A existência de um protocolo norteador das ações de assistência à saúde da mulher e da criança relacionados ao período de pré-natal, parto e puerpério propicia um atendimento contínuo e integrado; a reflexão dos profissionais da rede de atenção; o interesse dos pesquisadores e a busca por melhores indicadores de saúde fazem com que o Programa Mãe Curitibana esteja em permanente atualização, e recriando a partir da própria experiência. A edição revisada deste protocolo comprova tal evolução.

Comissão de Saúde da Mulher do
Conselho Municipal de Saúde de Curitiba

Lenita Antonia Vaz
Coordenadora



Mensagem - II

13

Mais uma vez a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná – Sogipa sente-se honrada com convite para constituir parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, no intuito de estabelecer normas ideais para assistência à gestante curitibana.

Já é para todos evidente o sucesso do Programa Mãe Curitibana o que não impede que possa e deva ser melhorado. A Sogipa não poderia e nem deveria ficar de fora do contínuo aperfeiçoamento do programa.

Desta forma, aqui estamos colocando à disposição dos serviços de saúde pública, o conhecimento e a experiência de nossos associados. Juntos pretendemos encontrar os melhores e mais práticos caminhos que conduzam ao objetivo maior das autoridades de saúde e de todos nós, que é o bem estar de todas as gestantes curitibanas e suas repercussões na população infantil.

Nossos cumprimentos aos criadores e mantenedores do Programa Mãe Curitibana, nosso apoio irrestrito e nossos votos de sucesso.

Hamilton Julio
Presidente da Sogipa



Mensagem - III

15

A Associação Brasileira de Enfermagem parabeniza a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pelo brilhante trabalho que vem desenvolvendo, através do Programa Mãe Curitibana, sendo exemplo para outros Estados e municípios. O Programa Mãe Curitibana, além dos grandes benefícios que traz para a saúde das mulheres contribui sobremaneira para a redução da mortalidade materna e infantil, problema este que é um grande desafio para gestores e trabalhadores da saúde.

Como representante do segmento trabalhador no Conselho Municipal da Saúde, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn- Seção Paraná) pondera que o trabalho desenvolvido pelo Programa Mãe Curitibana é um trabalho multiprofissional que superou as expectativas, especificamente ao Enfermeiro e a equipe da Enfermagem contribui para o exercício da prática social, podendo oferecer à mulher e mãe curitibana um atendimento universal, equânime e humanizado capaz de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) a maior política de inclusão social já construída pelos movimentos sociais.

Tenhamos como estímulo permanente esse exemplo de trabalho em rede para que possamos implementar outras redes de atenção, assim melhorando as condições de saúde da população.

Carmen C. Moura dos Santos
Presidente da ABEn-PR



Mensagem - IV

17

Vimos, por meio desta, parabenizar a SMS da Prefeitura Municipal de Curitiba pelos esforços realizados na revisão do muitas vezes já reconhecido Programa Mãe Curitibana.

A grande virtude deste Programa foi sempre integrar toda a estrutura necessária para o atendimento à gestação e o parto, definindo os papéis de todos os elementos da rede e colocando o foco na Atenção Primária à Saúde como organizador e porta de entrada do sistema.

Sabemos que este Programa é uma das principais razões pelas quais Curitiba não figura na triste realidade retratada em muitos municípios, nas quais o descaso, o despreparo e a desorganização levam a situações desastrosas com mortes neonatais e maternas evitáveis que são registradas na mídia.

Em nome da Associação Paranaense de Medicina de Família e Comunidade (APRMFC), aplaudimos mais este esforço na qualificação da assistência no município de Curitiba.

Marcelo Garcia Kolling
Presidente APRMFC



Sumário 19

1. ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	27
1.1. Captação, inscrição e vinculação no pré-natal	27
1.2. Avaliação clínico-obstétrica	28
1.2.1 Características individuais	28
1.2.2 História reprodutiva anterior	28
1.2.3 Intercorrências clínicas	28
1.2.4 Doença obstétrica na gestação atual	29
1.3. Roteiro da primeira consulta	29
1.3.1 História clínica	29
1.3.2 Exame físico	30
1.3.3 Exames complementares da 1ª consulta	31
1.3.4 Condutas	32
1.4. Roteiro das consultas subsequentes	32
1.4.1 Controles maternos	32
1.4.2 Exames complementares de rotina	33
1.4.3 Controles fetais	34
1.5. Pai presente	34
1.6. Procedimentos técnicos	36
1.6.1 Cálculo da idade gestacional	36
1.6.2 Controle da pressão arterial	36
1.6.3 Verificação de edema	37
1.6.4 Palpação obstétrica e medida da altura uterina	38
1.6.5 Ausculta dos batimentos cardíacos fetais	40
1.6.6 Registro de movimentos fetais	40
1.6.7 Teste do estímulo sonoro simplificado (TESS)	41
1.7. Orientações para liberação de medicamentos	42
1.8. Recomendações de imunizações	42
1.9. Exame citopatológico de colo útero na gestação	45
1.10. Classificação do pré-natal quanto ao risco gestacional	46
1.11. Acompanhamento do pré-natal	47
1.12. Fluxograma da assistência ao pré-natal	49
1.13. Orientações às gestantes	50
1.14. Ações educativas	50
1.15. Orientações em fisioterapia para gestantes	51



1.16. Avaliação do estado nutricional	51
1.16.1 Situações específicas	54
1.16.2 Orientação nutricional	54
1.16.3 Alimentando-se de uma maneira saudável	54
1.16.4 Orientações para adequação do ganho de peso	61
1.16.5 Orientação nutricional no puerpério	62
1.17. Aleitamento materno	63
1.17.1 Restrições ao aleitamento materno	64
1.17.2 Recomendações em algumas patologias	66
1.17.3 Intercorrências da amamentação	69
1.18. Saúde mental	73
1.18.1 Agentes farmacológicos	75
1.19. Saúde bucal	78
2. INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL	83
2.1. Condutas nas queixas mais comuns na gestação	83
2.2. Intercorrências clínicas e obstétricas	86
2.2.1 Anemia	86
2.2.1.1 Anemia ferropriva	87
2.2.1.2 Anemia megaloblástica	88
2.2.1.3 Anemia falciforme	89
2.2.1.4 Talassemia	89
2.2.2 Hiperemese	91
2.2.3 Síndromes hemorrágicas	91
3. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES MATERNAS E CONGÊNITAS	97
3.1. Toxoplasmose materna	97
3.1.1 Investigação sorológica	97
3.1.2 Sorologia e conduta na gestação	98
3.1.2.1 Medidas de prevenção	99
3.1.2.2 Gestante com doença antiga	99
3.1.2.3 Gestante com doença recente	100
3.2. Toxoplasmose congênita	102
3.2.1 Manifestações clínicas	103
3.2.2 Conduta	103
3.2.3 Tratamento de toxoplasmose congênita	105
3.3. Prevenção da transmissão vertical do HIV	107
3.3.1 Evolução natural da doença	109
3.3.2 Diagnóstico laboratorial e conduta na UBS	109
3.3.3 Imunizações em gestantes soropositivas para o HIV	113
3.3.4 Competências	114
3.3.5 Terapia antirretroviral	115



3.3.6	Definição da via de parto.....	117
3.3.7	Profilaxia antirretroviral intraparto	119
3.3.8	Profilaxia da transmissão vertical do HIV no puerpério	121
3.3.9	Planejamento familiar	122
3.3.10	Cuidados com o RN exposto ao HIV.....	123
3.4.	Sífilis materna	128
3.4.1	Diagnóstico laboratorial.....	128
3.4.2	Tratamento e seguimento de sífilis na gestação	129
3.5.	Sífilis congênita.....	134
3.5.1	Classificação.....	135
3.5.2	Avaliação complementar	135
3.5.3	Tratamento da sífilis congênita.....	136
3.6.	Tuberculose na gestação	138
3.7.	Hepatite B na gestação	142
3.8.	Hepatite C na gestação	145

4. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À PREMATURIDADE.....149

4.1.	Trabalho de parto prematuro.....	149
4.1.1	Fatores de risco para o trabalho de parto prematuro.....	149
4.1.2	Diagnóstico.....	150
4.1.3	Corticoterapia	152
4.1.4	Agentes tocolíticos.....	153
4.1.4.1	Atosibano.....	153
4.1.4.2	Beta-adrenérgicos	153
4.1.4.3	Bloqueadores de canais de cálcio.....	154
4.2.	Doenças sexualmente transmissíveis na gestação	154
4.2.1	Corrimento vaginal e cervicite	157
4.2.1.1	Vaginose bacteriana	157
4.2.1.2	Candidíase.....	158
4.2.1.3	Tricomoníase.....	159
4.2.1.4	Clamídia	160
4.2.1.5	Gonorréia	160
4.2.1.6	Micoplasma e Ureaplasma	161
4.2.2	Úlceras genitais	161
4.2.2.1	Cancro mole	161
4.2.2.2	Herpes genital.....	162
4.2.3	Infecção pelo papilomavírus humano (HPV).....	164
4.3.	Infecção por <i>Estreptococo β Hemolítico</i> do Grupo B na gestação..	165
4.4.	Infecção do trato urinário na gestação.....	167
4.4.1	Bacteriúria assintomática (BA)	168
4.4.2	Cistite	168



4.4.3 Pielonefrite.....	169
4.4.4 Tratamento da infecção urinária na gestante	170
4.5. A gestante fumante	173
4.6. Prevenção da doença hemolítica perinatal	176
4.7. Diabetes mellitus na gestação.....	179
4.7.1 Rastreamento e diagnóstico.....	180
4.7.2 Orientações nutricionais.....	185
4.7.3 Tratamento e conduta	189
4.8. Tireoidopatias	190
4.9. Síndromes hipertensivas na gestação	192
4.9.1 Hipertensão arterial crônica	193
4.9.2 Hipertensão arterial crônica superposta por pré- eclâmpsia	195
4.9.3 Hipertensão gestacional ou hipertensão transitória	195
4.9.4 Pré-eclâmpsia	195
4.9.5 Eclâmpsia.....	199
4.9.6 Síndrome HELLP.....	201
4.9.7 Conduta no puerpério e pré-concepção.....	202
4.10. Cardiopatia congênita.....	203
5. ASSISTÊNCIA AO PARTO, AO RECÉM-NASCIDO E AO PUERPÉRIO	207
5.1. Monitoramento do trabalho de parto e do parto.....	207
5.2. Assistência ao recém-nascido (RN)	209
5.3. Puerpério.....	213
6. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	217
6.1. Atribuições dos profissionais de saúde.....	218
6.2. Estratégia saúde da família	222
7. ANEXOS	227
7.1. Mapa de monitoramento do pré-natal de Baixo Risco	227
7.2. Oficinas para gestante.....	228
7.3. Classificação de risco de teratogenicidade dos medicamentos	229
7.4. Notificações epidemiológicas	230
7.5. Fluxograma de encaminhamento das notificações epidemiológicas.....	231
7.6. Dez passos para a atenção humanizada ao parto.....	232
7.7. Sistema de informação gerencial	233
7.8. Orientações legais.....	235
REFERÊNCIAS	241



Introdução

23

Tendo como princípios fundamentais o respeito e a humanização na atenção à saúde da mulher e da criança, Curitiba avança ao atualizar o protocolo de Atenção ao Pré-natal, Parto, Puerpério e a Assistência ao Recém-nascido 2012, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção às gestantes e aos recém-nascidos.

A gestante tem como referência a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência. 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 básica de saúde.

A implementação desse protocolo visa apoiar a assistência multiprofissional integrada no desenvolvimento da gestão da clínica, com enfoque na gestão de patologias.

Este protocolo reafirma o respeito e o compromisso com a vida, priorizando a redução da prematuridade, da mortalidade materna e infantil e a melhoria na assistência ao pré-natal. Para tal foram readequados fluxos, inseridos novos conteúdos e medicamentos.

Este material foi elaborado em consonância com as recomendações dos órgãos e instituições como o Ministério da Saúde, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e da Organização Mundial da Saúde, American Diabetes Association e US Food and Drug Administration (FDA).



A black and white photograph of a man and a pregnant woman. The man is on the left, wearing a light-colored polo shirt with a dark collar, looking down at the woman's belly. The woman is on the right, wearing a light-colored short-sleeved top, looking down at her belly. They are both smiling and appear to be in a close embrace. A semi-transparent blue banner is overlaid across the middle of the image, containing the title text.

*Assistência
ao pré-natal*



1. Assistência ao pré-natal

27

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 Básica de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal da Saúde mais próxima da sua residência.

Toda mulher da área de abrangência da UBS com história de atraso menstrual, deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste de Gravidez, que será realizado pelo médico ou enfermeiro. Se o atraso menstrual for menor de 15 dias, solicitar β -HCG.

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 ou β -HCG. Nestes casos deverá ser imediatamente agendada a consulta médica.

As pacientes com teste positivo deverão ser captadas para o pré-natal, através de agendamento de consulta com o médico ou enfermeiro. As pacientes com TIG ou β -HCG 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.

É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as consultas e atividades de grupo. Orientação e solicitação dos exames segundo a recomendação do “Pai Presente”.

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 bolsa Mãe Curitibana com orientação dos conteúdos educativos e explicação do funcionamento do programa;
- Orientações sobre o calendário de vacinas;
- Registro na carteira da gestante das informações obtidas na consulta, do número do SISPRENATAL e da maternidade de referência;
- Orientações sobre a participação nas atividades educativas/oficinas;
- Encaminhamento para avaliação da saúde bucal, orientando da sua importância;
- Agendamento de retorno médico em 7 dias.



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 indicadoras 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.

Existem indicadores de risco que devem ser pesquisados na avaliação clínica. Porém, o encaminhamento para o Serviço de Referência de Gestação de Alto Risco devem seguir os critérios estabelecidos no capítulo de Classificação do Pré-natal quanto ao Risco Gestacional.

1.2.1 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

- Idade materna menor que 15 anos e maior que 35 anos;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Esforço físico excessivo e estresse;
- Não aceitação da gravidez, principalmente se adolescente;
- Baixa escolaridade;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg.

1.2.2 HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte perinatal;
- Restrição de crescimento, macrossomia, prematuridade ou malformação;
- Abortamento de repetição;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndromes hemorrágicas;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Cirurgia uterina anterior.

1.2.3 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

- Pneumopatias;
- Cardiopatias;
- Nefropatias;
- *Diabetes mellitus* e outras endocrinopatias;
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial crônica;



- Epilepsia;
- Infecção do trato urinário e infecções pélvicas;
- Portadoras de doenças infecciosas e parasitárias (hepatites, sífilis, toxoplasmose, HIV, tuberculose, infecções pélvicas, outras DST);
- Doenças autoimunes (como lúpus eritematoso sistêmico);
- Malformação uterina, miomatose e outras ginecopatias;
- Colagenoses.

1.2.4 DOENÇA OBSTÉTRICA NA GESTAÇÃO ATUAL

- Restrição do crescimento fetal;
- Trabalho de parto prematuro e gestação prolongada;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização RhD.

1.3. ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

1.3.1 HISTÓRIA CLÍNICA

Dados de identificação

- Observar a carteira de Pré-natal da Mãe Curitibana.

Antecedentes pessoais

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatia;
- Lúpus eritematoso;
- Asma brônquica;
- Diabetes e doenças da tireóide;
- Infecção do trato urinário e doenças renais crônicas;
- Doença hepática;
- Doença mental;
- Desvios nutricionais como desnutrição, sobrepeso e obesidade;
- HIV, Sífilis, Clamídia e Gonorréia;
- Tromboembolismo;
- Cirurgia ginecológica e outros.

Antecedentes ginecológicos

- Ciclos menstruais;
- Uso de métodos anticoncepcionais;
- História de infertilidade e esterilidade;



- Doenças sexualmente transmissíveis e doença inflamatória pélvica;
- Cirurgias ginecológicas;
- Quando foi realizado o último Papanicolaou bem como o resultado.

Antecedentes obstétricos

- Número de gestações, de partos e abortamentos;
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação e intervalo entre as gestações;
- Aloimunização Rh;
- Número de recém-nascidos: pré-termo e/ou pós-termo, de baixo peso (com menos de 2.500g) e/ou com mais de 4.000g;
- Mortes neonatais precoces (até sete dias de vida) ou tardias (entre 7 e 28 dias de vida);
- Natimortos (morte fetal intraútero);
- Recém-nascidos com icterícia, hipoglicemia;
- Intercorrências em gestações anteriores e nos puerpérios.

Gestação atual

- Data da última menstruação (DUM) - primeiro dia/mês/ano;
- Peso prévio e altura;
- Sinais e sintomas;
- Hábitos alimentares;
- Medicamentos usados: anti-hipertensivos, diuréticos, insulina, corticóides, anticonvulsivantes, anticoagulantes e outros;
- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Aceitação ou não da gestação, especialmente se for adolescente.

1.3.2 EXAME FÍSICO

Exame clínico geral

- Inspeção de pele e mucosas e palpação de tireóide;
- Determinação do peso, da altura e da medida da pressão arterial;
- Avaliação cardiopulmonar;
- Exame do abdômen e dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema em face, região pré-sacra e membros.

Específico (gineco-obstétrico)

- Exame clínico das mamas: avaliar simetria, tipo de mamilos (normais, planos, invertidos) e palpar axilas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- Inspeção dos genitais externos: palpar região inguinal à procura de linfonodos, avaliar



- vulva, períneo, intróito vaginal e região anal;
- Exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente;
- Realizar coleta de material para exame colpocitológico e se necessário teste das aminas (KOH a 10%);
- Recomenda-se a realização de exame especular, de rotina entre a 24ª e 28ª semana de gestação;
- Deve ser feito o registro em prontuário eletrônico da realização e a descrição do exame especular;
- Toque bimanual- avaliar as condições do colo uterino (permeabilidade), volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorréia) e anexos.

Quando proceder ao exame físico geral da adolescente, será imprescindível a presença, no consultório, de outro profissional de saúde. A adolescente deve ser orientada sobre a realização do exame físico, mostrando e explicando como os instrumentais serão utilizados (Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente -2006).

1.3.3 EXAMES COMPLEMENTARES DA 1ª CONSULTA

Este protocolo preconiza a seguinte rotina laboratorial:

- **TIG**-solicitar se amenorréia for menor que 12 semanas;
- **β-HCG**-solicitar se atraso menstrual menor que 15 dias.

NA PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ-NATAL SOLICITAR:

- **Eritrograma** (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito);
- **Grupo sanguíneo e Fator Rh**, para as gestantes que não tenham resultado anterior;
- **Coombs Indireto**: solicitar na 1ª consulta para todas as gestantes RhD negativo com companheiro RhD positivo ou desconhecido;
- **Dosagem de glicemia de jejum**;
- **Pesquisa de anticorpos IgG antitoxoplasma**;
- **Pesquisa de anticorpos IgM antitoxoplasma**;
- **Teste de Aidez de IgG para Toxoplasmose**, nos casos de sorologia positiva para IgG e IgM, será realizado automaticamente pelo laboratório. Se houver história anterior de resultado de aidez forte, este não será realizado novamente;
- **HIV** - oferecer na 1ª consulta e realizar o aconselhamento pré e pós teste, para todas as gestantes. Aquela que não aceitar realizá-lo deverá assinar o Termo de Declaração de Recusa do Teste Anti-HIV (Portaria 38/2002 da SMS de Curitiba);
- **Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina (Parcial de urina)**;
- **Cultura de urina com contagem de colônias**;
- **VDRL**;



- **Eletroforese de hemoglobina** - Idealmente em torno da 10ª semana de gestação para pesquisa da doença falciforme e talassemias. Se identificada como portadora de hemoglobinopatia, deve-se solicitar o mesmo exame ao pai do bebê. A presença do traço falciforme no casal, aumenta as chances da criança apresentar a doença.
- **Sorologia para Hepatite B: HBsAg** - Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (VHB);
- **Ultrassonografia obstétrica.**

Outros exames:

- Colpocitologia oncológica;
- Bacterioscopia da secreção vaginal pode ser solicitado em qualquer período da gestação, caso exista clínica ou suspeita de infecção vaginal, principalmente em pacientes com história de trabalho de parto prematuro.

1.3.4 CONDUTAS

- Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso;
- Fornecimento de informações necessárias;
- Orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- Encaminhar para avaliação odontológica;
- Encaminhamento para imunização antitetânica, se necessário;
- Referência para serviços especializados, quando indicado. Entretanto, mesmo com referência para outro serviço, a mulher deverá continuar sendo monitorada na UBS.

1.4. ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão das consultas anteriores de pré-natal;
- Anamnese atual e verificação da vacinação.

1.4.1 CONTROLES MATERNOS

- Cálculo da idade gestacional;
- Adolescentes devem ter seu crescimento avaliado a cada 4 meses na fase de aceleração do crescimento, a cada 6 meses na fase de desaceleração do crescimento e uma vez até o final da adolescência (Protocolo de atenção à saúde do adolescente, 2006). Realizar avaliação nutricional, conforme descrito no capítulo de Avaliação do Estado Nutricional;
- Medida da pressão arterial e do peso;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
- Avaliação de edema;
- Avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas, tais como tratamento ou encaminhamento, se necessário;



- Orientação alimentar, prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia, a partir de 20 semanas de gestação;
- Acompanhamento das consultas especializadas (a gestante deverá continuar a ser monitorada pela equipe da atenção básica);
- Realização de ações educativas;
- Agendamento das consultas de retorno.

1.4.2 EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA

- **Eritrograma** solicitado na 1ª consulta e repetir conforme a clínica;
- **Parcial de urina e uroculturas** de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre. Também para controle de cura das infecções urinárias (7 dias após o término do tratamento) e toda vez que se fizer necessário clinicamente;
- **Teste oral de tolerância á glicose (TOTG - 3 pontos)** no 2º trimestre (a partir da 24ª semana de gestação);
- **Coombs Indireto** (teste indireto de antiglobulina humana) realizado na 1ª consulta de todas as gestantes Rh negativo com companheiro Rh positivo ou desconhecido. Repetir na 24ª e 28ª semana. Sendo negativo o resultado do exame, realizar Imunoglobulina Anti-Rh D entre **28ª e 34ª** semana de gestação. Se coombs indireto positivo, encaminhar a gestante para avaliação do Serviço de Referência de Gestação de Alto Risco;

Após a administração da imunoglobulina anti-Rh não solicitar mais o exame de Coombs indireto na gestação pois o exame ficará positivo, tendendo a negativar em até 8 semanas ou permanecer com títulos baixos.

- **VDRL** realizar no 1º, 2º e 3º trimestre. Obs.: em caso de VDRL reagente, até 1:16 o FTA-Abs será realizado automaticamente. Quando VDRL $\geq$ 1:16 tratar como sífilis e nestes casos o Laboratório Municipal de Curitiba não realizará FTA-Abs. Se houver registro prévio positivo de FTA-Abs, este não será mais realizado;
- **Toxoplasmose** realizar sorologia no 1º trimestre. Se a gestante for suscetível (IgG e IgM não reagentes), repetir a sorologia no 2º e 3º trimestre. Em caso de doença antiga (IgM não reagente e IgG reagente ou avidéz forte ou alta), não é necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em gestantes com imunodeficiência);
- **HIV** ofertar sorologia no 1º trimestre. Se não reagente, orientar a gestante quanto às medidas de prevenção e repetir a sorologia preferencialmente na 30ª semana (início do 3º trimestre).



PARA GESTANTES HIV POSITIVO SOLICITAR:

- **CD4 e Carga Viral;**
- **Sorologia para Hepatite C;**
- **Prova Tuberculínica (Reação de Mantoux).** Agendamento nos seguintes locais via telefone:
 - UBS Bairro Alto;
 - UBS Campina do Siqueira;
 - UBS Vila Hauer;
 - UBS Vila Verde;
 - UBS Maria Angélica;
 - US Especializada Mãe Curitibana;
 - Centro de Especialidade Salgado Filho;
 - Centro de Especialidade Bairro Novo.

- **Ecografia obstétrica:** realizar antes da 24ª semana de gestação para determinar a idade gestacional. Repetir na presença de intercorrências;
- **Ecocardiografia Fetal:** Encaminhar preferencialmente com 24 semanas gestacionais seguindo as recomendações e indicações deste protocolo referenciadas no capítulo de Cardiopatia Congênita.

1.4,3 CONTROLES FETAIS

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Avaliação dos movimentos fetais percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

1.5. PAI PRESENTE

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

1. Entregar o convite (folder) do Pai Presente no pré-natal para a gestante quando a mesma for buscar o resultado positivo do TIG e agendar a consulta conjunta para a gestante e para o pai do bebê (sempre com a concordância da gestante). Neste momento explicar que a participação do pai desde a primeira consulta é muito importante e que o mesmo deve participar, sempre que possível.

2. No dia da consulta do casal

- Na pré-consulta medir a PA da gestante e do pai;
- Durante a consulta médica ou da enfermeira realizar as seguintes orientações e condutas:



- Realizar a consulta habitual da gestante, anotando no prontuário dela que o pai está presente na consulta (registrar o nome completo do pai);
- Solicitar informações ao pai quanto aos antecedentes mórbidos pregressos e familiares;
- No 1º comparecimento do pai ofertar os exames de HIV e sífilis. A solicitação e os resultados devem ser registrados no prontuário do pai;
- Durante toda a consulta procurar dar liberdade de participação para que o pai possa sentir-se participante e que possa esclarecer dúvidas;
- Agendar a entrega dos resultados em conjunto ou individualmente, conforme a definição de cada casal. Na coleta do exame, consultar a cada um dos parceiros quanto ao interesse de receber o resultado individualmente ou em conjunto;
- Pais com resultados positivos devem ser investigados/tratados de acordo com os protocolos de cada agravo. Casos positivos de HIV e sífilis devem ser notificados;
- Para monitorar a implantação do programa solicitamos registrar numa planilha as participações de pai por mês informando os primeiros comparecimentos e os subsequentes. Os dados da planilha, serão repassados à Coordenação de Assistência dos Distritos Sanitários que enviam mensalmente um resumo ao Programa Mãe Curitibana.

3. Atividades educativas em grupo

Deve ser oferecida e incentivada a participação do casal nas oficinas de pré-natal.

- Os Distritos Sanitários devem estruturar um ciclo de três oficinas mensais aos sábados ou à noite para as gestantes e os pais. As UBS podem organizar complementarmente oficinas locais. Realizar com temas de acordo com a idade gestacional, conforme sugestão abaixo:

1º Trimestre

- Realizar trabalho em grupo e questionar por exemplo: o que vocês esperam destas reuniões?
- Temas sugeridos:
 - Mudanças maternas durante a gestação: mudanças físicas, hormonais, sexuais, emocionais e sociais;
 - Cuidados maternos durante a gestação: importância das consultas de pré-natal, dos exames, da visita à maternidade, da participação nas oficinas, orientações nutricionais e de atividade física. Também dos cuidados de higiene e atividade sexual, prevenção de infecção urinária, sinais de alerta na gestação, maternidade e paternidade responsável (uso de drogas, fumo e medicamentos na gestação, etc.) e a participação do pai na gestação;
 - Tempo para dúvidas ou questionamentos.

2º Trimestre

- Vacinas na gestação;
- Saúde bucal da mãe e do bebê;



- Stress e ansiedade na gestação;
- Exercícios respiratórios na gestação e parto;
- Sinais de alerta na gestação;
- Aleitamento materno;
- Cuidados com o bebê: higiene/ banho, sono, carinho e atenção. Vínculo pai/ bebê e a participação do pai nos cuidados do bebê;
- Tempo para dúvidas ou questionamentos.

3º Trimestre

- Sinais de parto, quando procurar a maternidade, a participação do pai e a preparação para o parto;
- Cuidados no pós-parto imediato e no puerpério, tais como: higiene íntima, cuidados com a mama, sinais de alerta de complicação no pós-parto e atividade sexual;
- Planejamento familiar;
- Reforçar os primeiros cuidados com o bebê;
- Tempo para dúvidas ou questionamentos.

4. Participação em outras atividades

- O pai deve ser convidado para as visitas programadas à maternidade de vinculação;
- O pai tem direito a ter acesso ao acompanhamento da gestante a nível hospitalar.

1.6. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

1.6.1 CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

REGRA DE NÄEGELE

- **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 ultrapassarem o número de dias previsto para o mês (28, 29, 30 ou 31), deve-se somar mais 1 ao mês da DUM.

1.6.2 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

A finalidade é a detecção precoce dos estados hipertensivos.

A pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no



mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado.

Se for consideravelmente mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas (Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2010).

Técnica de medida da pressão arterial (PA)

- O aparelho deve estar calibrado;
- Verificar se a gestante não realizou exercícios físicos ou ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou até 30 minutos antes da aferição;
- Deve estar em repouso, de no mínimo, 5 minutos;
- Apoiar o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando-lhe o braço para localizar a artéria braquial. Colocar o manguito ajustando-o acima da dobra do cotovelo;
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio. Pedir a paciente para não falar durante a aferição;
- Inflar o manguito e proceder à leitura da seguinte maneira: o ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica e a diastólica quando os ruídos desaparecerem completamente. Se o desaparecimento completo não ocorrer, considerar pressão diastólica no ponto onde se perceba marcado abafamento;
- Aguardar um a dois minutos antes de realizar novas aferições;
- A PA poderá também ser verificada com a paciente em decúbito lateral esquerdo, no braço direito, mas nunca em posição supina, isto é, deitada de costas;
- A PA deve ser avaliada conjuntamente com o ganho súbito de peso e/ou presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana de gestação.

1.6.3 VERIFICAÇÃO DE EDEMA

A sua importância está na detecção precoce do edema patológico.

Nos membros inferiores

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada e pressionar a pele na altura da região perimaleolar e na perna no seu terço médio, na face anterior da região pré-tibial.

Na região sacra

- Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada e pressionar a pele na região sacra. O edema é observado pela presença local de depressão duradoura.

Na face e em membros superiores

- Identificar pela inspeção.



AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA		
Achado	Anote	Conduta
Edema ausente.	-	Acompanhar a gestante seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	+	Verificar se edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura e ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso aumentado e/ou de proteinúria + (urina I).	++	Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo; Verificar a presença de sinais, sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogar sobre os movimentos fetais; Deve ser avaliada pelo médico da unidade; Encaminhar para serviço de alto risco.
Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	+++	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências; Deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebites, TVP). Deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco e/ou referida para avaliação da maternidade de referência.

Fonte: baseado no Manual técnico Pré-natal e Puerpério, MS, 2006.

1.6.4 PALPAÇÃO OBSTÉTRICA E MEDIDA DA ALTURA UTERINA

Tem por finalidade

- Identificação do crescimento fetal, procurando detectar os desvios da normalidade baseada na relação entre a altura uterina e a idade gestacional;
- Avaliação da situação e da apresentação fetal.

PALPAÇÃO OBSTÉTRICA

Esta deve ser verificada antes da avaliação da altura uterina. Deve começar pela



delimitação do fundo uterino palpando todo contorno do útero. A avaliação da situação e da apresentação fetal é feita pela palpação obstétrica, procurando identificar o pólo cefálico, pélvico e o dorso fetal. Mais facilmente identificados a partir do terceiro trimestre.

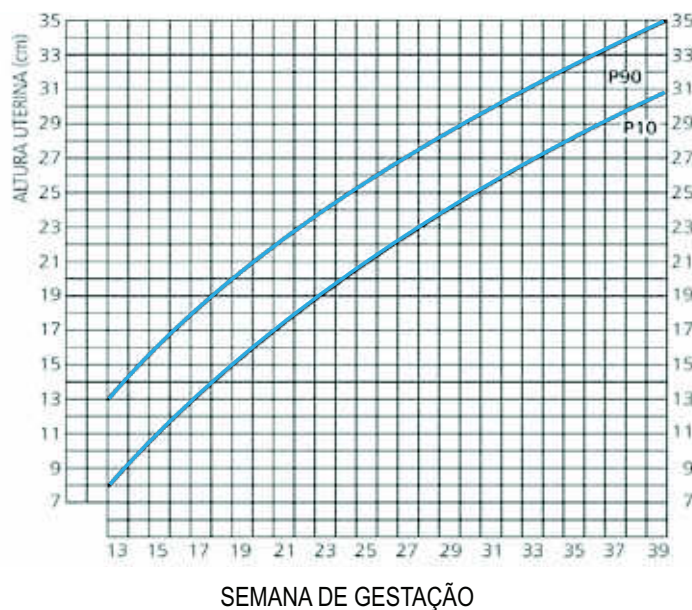
SEGUIR OS 4 PASSOS:

- 1- Delimitar o fundo uterino 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 uterino, 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 a escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum. A situação transversa reduz a medida de altura uterina. Isto pode falsear a relação com a idade da gestação. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

MEDIDA DA ALTURA UTERINA

Visa o acompanhamento do crescimento fetal e a detecção precoce de alterações. Correlaciona-se a medida da altura uterina com as semanas gestacionais. São considerados normais para o crescimento uterino o percentil 10 (para o limite inferior) e o percentil 90 (para o limite superior). O gráfico do crescimento uterino está disponível para uso no verso do Gravidograma da carteira de pré-natal da Mãe Curitibana.

GRÁFICO DO CRESCIMENTO UTERINO



Fonte: Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, 1996.



Técnica

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto, procurando delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Fixar uma extremidade da fita métrica sobre a borda superior da sínfise púbica e deslizar a borda cubital da mão percorrendo a linha mediana do abdômen até a altura do fundo uterino.

1.6.5 AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS

Tem por finalidade verificar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Realizar a partir de 12 semanas com o auxílio do Doptone (*Sonar Doppler*) ou após 20 semanas com o estetoscópio de Pinard.

Contar os BCF por 1 minuto, observando sua regularidade e ritmo. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos por minuto.

Nas situações de gemelaridade, deve-se identificar a ausculta de cada coração fetal.

Pode ocorrer um aumento transitório na frequência cardíaca fetal após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero (sinal de boa vitalidade).

Na presença de bradicardia ou taquicardia fetal afastar febre e/ou uso de medicamentos pela mãe. Deve-se suspeitar de sofrimento fetal. Na persistência, encaminhar a gestante para avaliação na maternidade de referência.

Anotar os dados no prontuário e na carteira da gestante.

1.6.6 REGISTRO DE MOVIMENTOS FETAIS

Em gestantes que necessitem de monitoramento, mas que ainda podem ser controladas na UBS, pode-se lançar mão do mobilograma e do teste do estímulo sonoro simplificado pois auxiliam na avaliação da vitalidade fetal.

A movimentação fetal ativa e frequente é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. A utilização do controle diário de movimentos fetais através do mobilograma, realizado pela paciente é um importante instrumento de avaliação fetal.

Não há padronização quanto ao método de registro. A técnica deve ser simples. O período de tempo não pode ser muito longo para não se tornar cansativo e também para facilitar a sua realização. Em gestação de baixo risco pode ser iniciado a partir de 34 semanas de gestação e nas de risco, a partir da 26ª semana. Recomenda-se o método abaixo pela sua praticidade.

MOBILOGRAMA

Baseado no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério, MS, 2006.

- A gestante deve escolher um período do dia para realizar a contagem dos movimentos, alimentando-se antes do início do registro;



- Em posição semissentada com a mão sobre o abdômen e registrar os movimentos do feto, anotando o horário de início e de término do registro;
- A contagem deve ser realizada por um tempo máximo de uma hora;
- Registrando seis movimentos por um período de tempo menor, não é necessário manter a observação durante uma hora completa;
- Se decorrido uma hora, a gestante não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento;
- Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deve ser orientada a procurar imediatamente a unidade básica de saúde responsável pelo seu pré-natal ou a maternidade de referência;
- Considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

1.6.7 TESTE DO ESTÍMULO SONORO SIMPLIFICADO (TESS)

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

Técnica

- Colocar a paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
- Palpar o abdômen materno para localizar o pólo cefálico fetal;
- Auscultar os BCF com o útero em repouso (não deve estar em contração uterina) 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 com ligeira compressão no ventre materno. Verificar se durante a estimulação houve ou não movimentação 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

- a) **Teste positivo:** quando houver aumento de no mínimo 15 BCF em relação à medida inicial ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do ventre materno;
- b) **Teste negativo:** quando não houver resposta fetal tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela ausência de movimentos fetais ativos, em duas avaliações consecutivas com um intervalo de no mínimo 10 minutos entre as mesmas.

Conduta

Quando o TESS for negativo ou ocorrer desaceleração da frequência cardíaca fetal é um sinal de alerta que exige maior avaliação fetal. Encaminhar a gestante à maternidade de referência.



1.7. ORIENTAÇÕES PARA LIBERAÇÃO DE MEDICAMENTOS

O objetivo, é normatizar a assistência farmacêutica desde a solicitação do medicamento até o fornecimento, para as gestantes atendidas através do Programa Mãe Curitibana, proporcionando a agilidade do processo de resposta e atendimento das usuárias.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

1.8. RECOMENDAÇÕES DE IMUNIZAÇÕES

Segundo as recomendações do Consenso da Associação Brasileira de Imunizações e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2010/11:

- O ideal é que toda mulher tenha completado, antes de engravidar, seu calendário vacinal;
- Evitar a aplicação de vacinas no 1º trimestre da gestação, sempre que possível. Não existe contraindicação formal para vacinas com antígenos inativos;
- **Evitar vacinas de vírus atenuados** (risco teórico de infecção fetal). São contraindicadas em gestantes e/ou imunossuprimidas:
 - BCG;
 - Sarampo, caxumba e rubéola (Tríplice Viral);
 - Varicela e Febre Amarela.
- Avaliar risco/benefício. Prescrever as vacinas mais importantes, considerando a história clínica, endemidade local e as contraindicações;
- **Varicela** - Gestantes suscetíveis expostas à varicela ou com contato físico com



herpes-zoster deverão receber imunoglobulina antivaricela-zoster, a qualquer tempo da gravidez. A sua utilização depende do atendimento de três condições: suscetibilidade, contato significativo e condição especial de risco (Manual CRIE, 2006).

- Que o comunicante seja suscetível;
- Que tenha havido contato significativo com o vírus varicela zoster (domiciliar contínuo): permanência junto com o doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado;
- Que o suscetível seja pessoa com risco especial de varicela grave, dentre elas, gestantes;
- Maiores informações entrar em contato com a Central de Vacinas, divisão de Imunobiológicos.

VACINA	GESTACÃO	PUERPÉRIO
HPV	Contraindicada	Sim
Tríplice viral	Contraindicada	Sim
Hepatite A	A ser considerada em situações de riscos especiais. Aplicar de preferência fora da gestação	Sim
Hepatite B	Recomendada (após 14 semanas de gestação)	Sim
dT	Recomendada	Sim
Varicela (catapora)	Contraindicada	Sim
Influenza (gripe)	Recomendada	Sim
Febre Amarela	Em geral contraindicada. Deve ser considerada em situações em que o risco da doença supere o risco da vacina (avaliar risco)	Deve ser evitada em mulheres que estejam amamentando lactentes até 6 meses de idade.
Meningocócica C Conjugada	A ser considerada em situações de riscos especiais (surto da doença). Avaliar risco	Sim

Fonte: baseado no Consenso da Associação Brasileira de Imunizações e Febrasgo, 2010/11.



IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA

O Tétano é uma doença grave, não transmissível e imunoprevenível. Causada pelo *Clostridium tetani*. Acomete recém-nascidos geralmente na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias.

A vacinação da gestante deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT-contraindicação a difteria e o tétano) para aquelas que não tenham sido vacinadas previamente ou com esquema incompleto vacinal. Considera-se imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica. A aplicação da segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.

Não conseguindo completar o esquema durante a gestação, deve ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade. A administração deve ser por via intramuscular profunda, de preferência no deltóide ou glúteo.

Se a gestante já houver tomado alguma dose de vacina, é recomendado continuar o esquema vacinação. Aplicar as doses restantes, independente do momento da realização da última dose. A dose de reforço deve ser administrada a cada dez anos (exceto na gestação).

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

Reações adversas

Pode ocorrer dor, calor, vermelhidão, edema local, febrícula passageira e mal estar geral. Está contraindicada a continuação da vacinação quando houver reação de hipersensibilidade (reação anafilática) após a administração de qualquer dose.

ESQUEMAS BÁSICOS DA IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA	
Observar história de imunização antitetânica comprovada pelo cartão de vacina.	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
Menos de três doses	Completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não é necessário vacinar.
Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos	Uma dose de reforço.

Fonte: baseado no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério, MS, 2006.



1.9. EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO ÚTERO NA GESTAÇÃO

O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. Após 2 exames anuais negativos, a coleta poderá ser a cada 3 anos. O pré-natal deve ser considerado uma oportunidade para o rastreio. No ciclo gravídico-puerperal, na maioria das vezes, a junção escamocolumnar encontra-se exteriorizada na ectocérvice, o que dispensaria a coleta endocervical. A coleta endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada (INCA, 2011).

DIRETRIZES - CÂNCER DO COLO DO ÚTERO - GESTAÇÃO	
Resultado	Conduta
Amostra insatisfatória para avaliação	Repetir citologia
Negativo para neoplasia	Seguir a rotina de rastreamento citológico
Alterações celulares benignas	Seguir a rotina de rastreamento citológico Paciente sintomática realizar avaliação ginecológica
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas ASC-US	Repetir citopatológico em 6 meses. Se persistir, encaminhar para colposcopia
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau ASC-H	Encaminhar para colposcopia
Atipias de significado indeterminado em células glandular*	Encaminhar para colposcopia
Atipias de origem indefinida	Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de baixo grau LSIL	Repetir citopatológico em 6 meses. Se persistir, encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau HSIL	Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor	Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma in situ e invasor	Encaminhar para avaliação oncológica

Fonte: baseado nas Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, INCA, 2011.

*AGUS - nomenclatura anterior.



1.10. CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL QUANTO AO RISCO GESTACIONAL

SITUAÇÕES EM QUE A GESTANTE DEVE SER ENCAMINHADA AO SERVIÇO DE ALTO RISCO:

Alto Risco Materno

- Gestante com toxoplasmose;
- *Diabetes mellitus* e outras endocrinopatias;
- Doença hipertensiva específica da gestação (na gestação atual);
- Hipertensão arterial crônica;
- Nefropatias;
- Obesidade mórbida;
- Antecedentes de cirurgia bariátrica;
- Cardiopatias;
- Imunopatias (Lúpus eritematoso sistêmico e outras collagenoses);
- Gestante HIV positivo;
- Uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (drogas que podem causar dependência);
- Pneumopatias (asma grave);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Psicoses e depressão grave;
- Infecção urinária de repetição ou episódio de pielonefrite;
- Placenta prévia;
- Cirurgia uterina anterior: Incompetência istmocervical; mais de 3 cesáreas ou 2 cesareanas anteriores (com ecodoppler evidenciando acretismo placentário), miomectomia e correção de malformações uterinas.

Alto Risco Fetal

- Malformação fetal confirmada;
- Macrosomia do conceito com patologias;
- Aloimunização Rh;
- Gestante HIV positivo;
- Gestante com toxoplasmose;
- Crescimento intrauterino restrito;
- Gemelaridade.



1.11. ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

A avaliação de risco deve ser permanente, em toda consulta de pré-natal. A caracterização de um fator de risco não implica necessariamente na referência da gestante para pré-natal de alto risco. Fatores clínicos mais importantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser referenciadas. Podendo, contudo retornar a UBS de origem quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada. **A unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante que é encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema** (MS, 2006). O pré-natal de baixo risco compreende aproximadamente 90% das gestações e o alto risco abrange cerca de 10%.

Toda gestante da área de abrangência da UBS inscrita no Programa Mãe Curitibana deverá ser acompanhada pela equipe de saúde.

Deve ser programado o acompanhamento da gestação em função dos períodos que determinam maiores riscos tanto materno como perinatais. O pré-natal deve ser iniciado o mais precoce possível, de preferência no primeiro trimestre.

Após a solicitação dos exames de rotina do Pré-natal, deve-se agendar a 1ª consulta com o médico em 7 dias para a análise dos resultados dos exames e a conduta devida. As consultas subsequentes deverão ser mensais até o 7º mês, quinzenais durante o 8º mês e semanais durante todo o 9º mês até 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 maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. **Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.** O acompanhamento da gestante no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ser realizada a consulta de puerpério (MS, 2006).

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.

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

Mesmo que a gestante seja assistida em serviços de alto risco ou outro serviço de referência de pré-natal, a Unidade Básica de Saúde realizará seu monitoramento até a consulta puerperal.

Tanto a UBS 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.

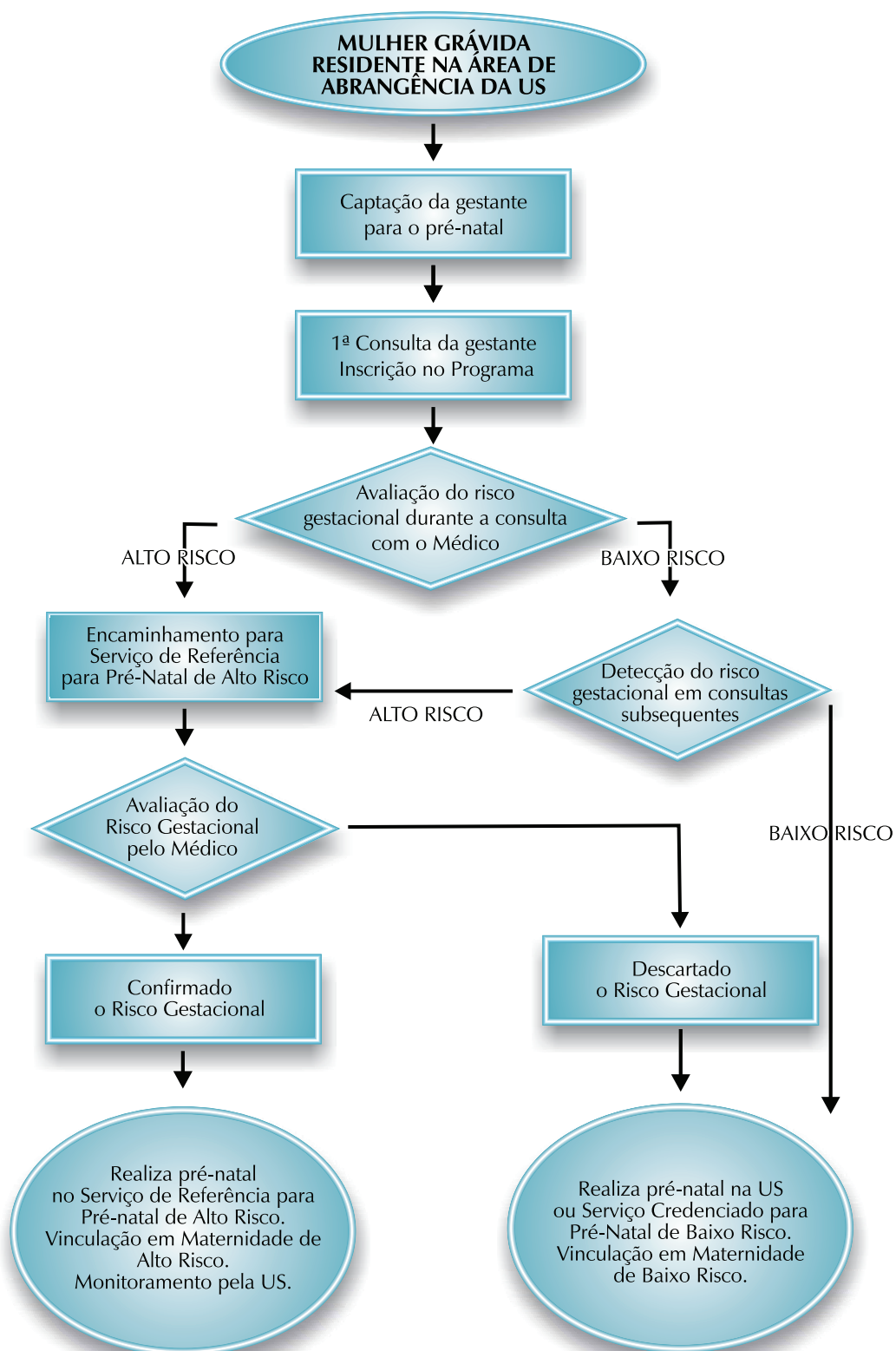
A EQUIPE DE SAÚDE DEVE FAZER ENCAMINHAMENTOS ESPECÍFICOS PARA A GESTANTE COM:

- **Carência nutricional** - encaminhar para cadastramento na Fundação de Assistência Social (FAS) para avaliação da possibilidade de receber o benefício Bolsa Família, conforme os critérios de inclusão neste programa;
- **Situações de urgência/emergência** - sinais de trabalho de parto, cefaléia, dor abdominal e/ou lombar (disúria com polaciúria e outros sinais e sintomas de pielonefrite), edema súbito, perda de líquido via vaginal, sangramento via vaginal, febre, redução importante dos movimentos fetais, teste negativo do estímulo sonoro simplificado e hiperemese refratária ao tratamento. Encaminhar, de acordo com o risco, diretamente à Maternidade de referência da Unidade Básica de Saúde;
- **Transtorno mental** (suspeita ou diagnóstico) - encaminhar para o Programa de Saúde Mental;
- **Gestante inferior a 15 anos** - pode ser encaminhada para o serviço de referência de pré-natal de adolescentes, conforme orienta o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente (SMS-2006), desde que a gestante não apresente patologias que possa caracterizar a gestação como alto risco (ver capítulo de Classificação do pré-natal quanto ao risco gestacional). Se, no início ou durante a realização do pré-natal da adolescente, forem detectados os critérios de risco, a gestante deve seguir o fluxo do pré-natal de alto risco.
 - A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento de pré-natal (Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2010).

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



1.12. FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL



1.13. 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;
- Quanto ao aleitamento materno e sua importância;
- Procurar a UBS 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 UBS e, se necessário, nos serviços de referência;
- Participar das oficinas durante o pré-natal;
- Adequar hábitos alimentares de acordo com as orientações nutricionais;
- Comparecer às consultas do Programa de Saúde Bucal da UBS;
- Participar das visitas à maternidade durante o pré-natal. Os Distritos Sanitários, em conjunto com as Unidades de Saúde, estarão organizando visitas à maternidade a qual gestante está vinculada, que deverão acontecer entre o 5º e o 6º mês de gestação.

1.14. AÇÕES EDUCATIVAS

Orientar a gestante durante o pré-natal e no pós-parto quanto a:

- Importância de realizar o pré-natal, com início precoce e com assiduidade;
- Orientação sobre os cuidados de higiene e exercícios físicos básicos;
- Orientação nutricional;
- As modificações corporais na gestação;
- Orientação quanto à atividade sexual, incluindo prevenção das DST;
- Orientações para as queixas mais frequentes na gestação;
- Informações quanto aos sinais de alerta, sinais e sintomas do parto e como proceder nessas situações;
- Orientação para o aleitamento materno;
- Ressaltar a importância do planejamento familiar e das consultas puerperais;
- Cuidados do pós-parto;
- Ressaltar a importância da participação do pai durante a gestação, parto e puerpério;
- As dificuldades da gestação na adolescência;
- Cuidados com o recém-nascido, importância do acompanhamento e das medidas preventivas como vacinação.



1.15. ORIENTAÇÕES EM FISIOTERAPIA PARA GESTANTES

- Evite erguer objetos pesados. Quando necessário, agache-se para apanhá-los e mantenha-os próximo ao corpo para se levantar;
- Evite permanecer muito tempo em pé. Na impossibilidade de sentar, alterne o apoio dos pés, colocando um deles em local levemente mais alto (na altura de um degrau);
- Para realizar atividades domésticas, como lavar roupa e louça, fique com as pernas um pouco afastadas, joelhos semi-fletidos e quadril encaixado;
- Para sentar, busque sempre apoiar toda a coluna no encosto da cadeira e os pés no chão;
- Ao dormir, procure deitar sobre seu lado esquerdo, com um travesseiro entre os joelhos e os pés;
- Procure usar calçados de solado baixo e com bom amortecimento;
- Para aliviar o inchaço das pernas, deite-se e apoie seus pés sobre um travesseiro por aproximadamente 5 minutos. Aproveite este tempo para fazer movimentos com os pés;
- Se possível, use meias elásticas para gestantes;
- Procure fazer caminhadas de aproximadamente 30 minutos, 3 vezes por semana;
- Evite ganhar peso em excesso para não sobrecarregar suas articulações;
- Use roupas que não pressionem o abdome nem a virilha;
- Procure usar sutiãs com boa sustentação (que possuam alças largas);
- Evite permanecer muito tempo deitada de barriga para cima;
- Durante os alongamentos, evite movimentos muito grandes e os de insistência (balanço);
- Em caso de mal-estar na realização dos exercícios, pare e procure a sua Unidade Básica de Saúde;
- Retorne lentamente à sua rotina de exercícios após o nascimento do seu bebê, mas sempre com a autorização médica.

1.16. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional da gestante deve ser realizada em todas as consultas do pré-natal. Dessa forma será possível determinar metas adequadas de ganho de peso durante toda a gestação. Com base na avaliação do estado nutricional, a equipe de saúde deve realizar orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estado nutricional materno, as melhores condições para o parto e o peso adequado do recém-nascido. Uma das ferramentas mais importantes que deve ser utilizada é o Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, que se encontra na Carteira de Pré-Natal da Mãe Curitibana (gráfico 1).

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 das gestantes e identificar aquelas em situação de risco. Esta avaliação deve ocorrer de preferência antes da 13ª semana gestacional. Para tanto é necessário:

- Localizar a Idade Gestacional (IG) em semanas no eixo horizontal do gráfico 1;
- Localizar o IMC no eixo vertical do gráfico 1;

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{peso (kg)} \div \text{altura (m)} \div \text{altura (m)}$$

- 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 de peso 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.

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, macrosomia e gravidez múltipla.

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 DE PESO

Em todas as consultas do pré-natal, a equipe de saúde deve atualizar o IMC e a idade gestacional e preencher o gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante (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.



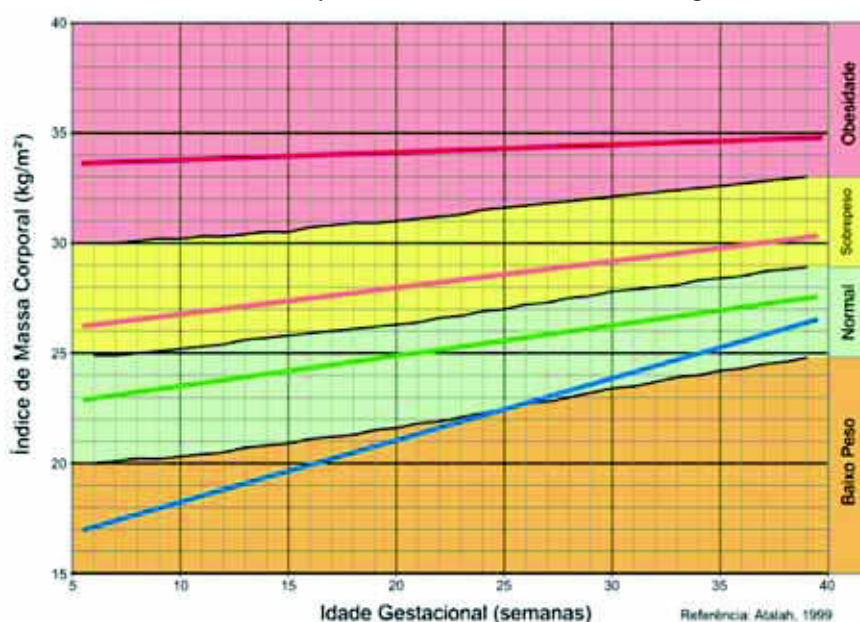
Vale ressaltar que a inclinação recomendada para o traçado ascendente da curva irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme demonstram os exemplos no gráfico 1 e no quadro abaixo. Se a curva não seguir a inclinação recomendada, o ganho de peso está inadequado.

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 adequada.
Peso adequado (A)	Linha verde	Paralela as 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.

As linhas azuis, verde, rosa e vermelha são exemplos da inclinação recomendada do traçado da curva para gestantes com baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade, respectivamente.

Gráfico 1- Acompanhamento nutricional da gestante



1.16.1 SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

A. ADOLESCENTE

A gestante adolescente deve ser considerada como de risco nutricional, principalmente durante seu processo de crescimento. A interpretação da classificação do estado nutricional deve ser flexível e considerar a especificidade deste grupo. Se a gravidez ocorre 2 anos ou mais após a menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação do estado nutricional é equivalente a das adultas, ao passo que se ocorre há menos de dois anos, muitas gestantes poderão ser classificadas como de baixo peso. Nestes casos, o mais importante é acompanhar o traçado da curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, que deverá ser sempre ascendente.

Deve-se verificar a altura da grávida adolescente a cada 4 meses caso esteja na fase de aceleração do crescimento.

B. 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.

1.16.2 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

A orientação nutricional para a gestante tem como principais objetivos:

- Satisfazer as necessidades nutricionais e promover o desenvolvimento e crescimento adequado do bebê;
- Preparar adequadamente o organismo materno para o momento do parto e para o aleitamento materno.

1.16.3 ALIMENTANDO-SE DE UMA MANEIRA SAUDÁVEL

Neste momento especial da vida da mulher é necessária uma alimentação adequada para suprir as suas necessidades nutricionais bem como as do bebê, garantindo um crescimento e desenvolvimento adequados ao feto. Embora a gestante não precise “comer por dois”, a qualidade do que come será duas vezes mais importante neste período. Assim, uma maneira adequada da gestante se alimentar é seguir os **10 passos para uma alimentação saudável das gestantes**.

1

Fazer pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de 3 horas sem comer. Entre as refeições beber água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia.



Evitar pular as refeições. Uma alimentação saudável é essencial para uma adequada gestação, tanto para a gestante quanto para o feto. Evitar “beliscar” entre as refeições. Isso vai ajudar a controlar o peso durante a gravidez.

Fazendo todas as refeições, evita-se que o estômago fique vazio por muito tempo, diminuindo o risco da gestante sentir náuseas, fraquezas ou desmaios e ter episódios de vômitos. Além disso, contribui para que a pessoa não sinta muita fome e exagere na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação quando o útero está maior e comprime o estômago.

Apreciar a refeição. Comer devagar, mastigando bem os alimentos e evitar o estresse na hora da alimentação. Evitar consumir líquidos durante as refeições. Isso reduz o sintoma de azia ou “queimação”. Após as refeições, preferir frutas com alto teor de líquidos, como por exemplo: laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras.

Saborear os alimentos variados e típicos da região. Além de serem mais baratos, os alimentos da época normalmente têm mais nutrientes e menos agrotóxicos.

Evitar deitar logo após as refeições. Dessa forma, pode-se evitar mal estar e sensação de azia ou queimação.

Entre as refeições, beber água. Ela é importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo.

Chás de ervas (camomila, erva doce, funcho) e sucos naturais podem ser utilizados.

Bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos industrializados, e bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água. Além disso, essas bebidas dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e precisam ser evitadas durante a gestação para favorecer o controle de peso.

Para evitar doenças, lembrar da importância da higiene na hora da compra, do preparo, da conservação e do consumo de alimentos. Usar água tratada, filtrada ou fervida para beber e preparar refeições e sucos.

2

Incluir diariamente nas refeições 6 porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca. Dar preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

Esses alimentos são a fonte de energia mais importante da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. Os cereais em sua forma mais natural (integral) oferecem maior quantidade de fibras que regularizam o funcionamento do intestino. São exemplos de alimentos integrais: farinha integral, pão integral, aveia e linhaça.

Distribuir esses alimentos em todas as refeições e lanches diários.

No caso de gestantes adolescentes, a quantidade de porções a ser consumida poderá ser diferente. Essas gestantes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e desenvolvimento, além de preparar o organismo para a amamentação.



3

Procurar consumir diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

Frutas, legumes e verduras são boas fontes de vitaminas, minerais e fibras. Esses alimentos devem estar presentes em todas as refeições e lanches do dia, porque são essenciais para a formação saudável do feto, além de proteger a saúde materna.

Montar um prato colorido. Variar o tipo de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana. Consumir hortaliças verde-escuras (ex. couve, brócolis, agrião, rúcula), e outros alimentos coloridos, como: mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, pêsego, manga, jabuticaba e ameixa. Prestar atenção na qualidade e no estado de conservação desses alimentos.

Procurar acrescentar frutas nas saladas, como por exemplo: alface com manga, repolho com maçã ou abacaxi; beterraba com laranja; alface, rúcula, agrião e tangerina; abacate em tiras, alface crespa e cenoura ralada. Utilizar suco de limão para temperar saladas. O limão diminui as náuseas e enjoos comuns na gestação. Utilizar frutas e verduras de época; além de serem mais baratas, possuem melhor qualidade.

Dar preferência a frutas, legumes e verduras crus, para obter mais fibras na alimentação. É importante que as frutas, legumes e verduras sejam lavados em água corrente e colocados de molho por 15 minutos, em água clorada (uma colher de sopa rasa de água sanitária sem perfume – cloro até 2,5%, para cada litro de água). Depois, enxaguar em água corrente.

Sucos naturais de fruta feitos na hora são melhores fontes de nutrientes. A polpa congelada perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor que sucos artificiais, em pó ou em caixinha e aqueles industrializados ricos em açúcar, como os néctares de fruta.

4

Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e excelente para a saúde.

Consumir 1 parte de feijão para 2 partes de arroz cozido.

Variar os tipos de feijão usados (preto, carioca e outros) e as formas de preparo, desde que não sejam preparados com carnes gordas e salgadas ou embutidos, pois isso eleva muito a quantidade de gorduras e sal. Usar também outros tipos de leguminosas, como por exemplo, a soja, o grão-de-bico, a ervilha seca, a lentilha, que podem também ser usados em saladas frias.

Um procedimento para auxiliar na redução dos gases e flatulência é, antes do cozimento, deixar o feijão de molho por 4 horas, trocar a água, e cozinhar normalmente. Utilizar pouco óleo e pouco tempero.

As sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e as castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras) são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade. É melhor comer sementes sem sal e, se for preciso, assadas.



5

Consumir diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis!

Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Esse nutriente é necessário para o crescimento e desenvolvimento dos ossos e dentes. Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade.

Procurar consumir as fontes de cálcio em horários diferentes das refeições com alimentos ricos em ferro (carnes e vísceras), com pelo menos 2 horas de intervalo, pois consumir estes alimentos juntos pode atrapalhar o adequado aproveitamento deles pelo organismo.

Evitar acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois esses alimentos também reduzem o aproveitamento do cálcio do leite.

Dar preferência a leite e derivados nas formas integrais, se não houver orientação contrária do nutricionista ou outro profissional de saúde.

Consumir mais peixe, frango e sempre preferir as carnes magras, retirando a pele e a gordura. Procurar comer peixe fresco pelo menos 2 vezes por semana; tanto os de água doce como salgada são saudáveis.

Dar preferência às carnes assadas, grelhadas ou cozidas ao invés de fritas. Se for comer ovo (no máximo 2 a 3 por semana), preferir sempre na forma cozida.

Evitar carnes cruas ou mal passadas porque podem transmitir doenças, como verminose e outras.

Nos casos em que a alimentação da gestante não inclui alimentos de origem animal, (sem carnes, ovos, leite e derivados), é necessária uma orientação específica por parte da equipe de saúde.

6

**Diminuir o consumo de gorduras.
Ficar atenta aos rótulos dos alimentos e preferir aqueles livres de gorduras trans.**

Reduzir o consumo de alimentos gordurosos como: carnes com gordura, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes para, no máximo, 1 vez por semana. O consumo excessivo desses alimentos está associado ao surgimento de obesidade, pressão alta e outras doenças do coração.

É importante saber também que alimentos com pequena quantidade de gordura contribuem para reduzir o desconforto das náuseas e vômitos.

Para cozinhar, usar óleos vegetais (soja, canola, girassol, milho, ou algodão) ao invés de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha. Atenção à quantidade: uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Além disso, no lugar das frituras, preferir preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas.

Dar preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Evitar usá-lo para cozinhar, pois este perde sua qualidade nutricional quando aquecido.

Nos casos em que a gestante tenha o hábito de usar alimentos como: marga-



rina, biscoitos, bolos e produtos congelados, orientar que escolha marcas com menores quantidades de gordura trans (tipo de gordura obtido principalmente do processo de industrialização de alimentos) e gordura saturada. Buscar no rótulo essa informação.

7

Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no dia a dia.

O consumo frequente e em grande quantidade de sobremesas aumenta o risco de complicações na gestação como excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta, que prejudicam o adequado crescimento do feto. Além disso, o excesso de açúcar está relacionado ao surgimento das cáries dentárias. Por isso, preferir consumir frutas como sobremesa.

Nos casos em que a gestante desejar consumir açúcares e doces, orientar que consuma no máximo 1 porção por dia. Valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles.

Dar preferência para gelatinas e picolés de fruta, pois são menos calóricos. Alimentos frios ou gelados auxiliam na diminuição das náuseas e vômitos.

Refrigerantes e sucos industrializados contêm corantes artificiais, aromatizantes e açúcar. Aconselha-se que estes alimentos sejam evitados na gravidez.

O uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para as mulheres que precisam controlar o ganho de peso e para as diabéticas. Os adoçantes atualmente aprovados para o uso pelas gestantes são: aspartame, acesulfame-K, sacarina, sucralose e neotame (Femina, 2010).

8

Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.

A quantidade de sal por dia deve ser no máximo, 1 colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições.

O consumo excessivo de sódio (presente no sal de cozinha) aumenta o risco de pressão alta, doenças do coração e rins, além de causar ou agravar o inchaço comum na gravidez.

Utilizar temperos naturais como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.

Ao comprar produtos industrializados, ler o rótulo e escolher aqueles com menor quantidade de sódio. O sal também pode apresentar-se na lista de ingredientes com o nome de cloreto de sódio.

O iodo é um importante mineral para o corpo humano e, por isso, recomenda-se utilizar somente sal iodado. Evitar o uso de sal destinado ao consumo animal, porque esse sal não tem iodo. A falta desse mineral durante a gestação está



associada a uma série de riscos como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou apresentar dificuldades de aprendizado.

Em casa, o sal deve ser sempre em local fresco e ventilado, longe do calor do sol, do forno ou fogão.

9

Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consumir junto desses alimentos aqueles fontes de vitamina C como: acerola, laranja, limão e outros.

A anemia é uma doença causada, principalmente, pela falta de ferro no organismo. Na gestação, está associada ao maior risco de morte tanto para a mãe quanto para a criança, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções.

Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos de origem animal ricos em ferro como: carnes em geral, vísceras - fígado, coração, moela (no mínimo 1 vez por semana) dentre outros. Consumir também os alimentos de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (ex.: brócolis, couve, rúcula) e outros.

O ferro nos alimentos de origem animal é melhor absorvido pelo organismo do que o ferro dos alimentos vegetais. Para aproveitar melhor o ferro dos alimentos de origem vegetal, consumir, logo após as refeições, meio copo de suco de fruta natural ou a própria fruta que seja fonte de vitamina C, como acerola, laranja, limão e outras.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro – Saúde de Ferro (Ministério da Saúde) preconiza a suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico, rotineiramente, para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação. O sulfato ferroso também para todas as mulheres até o 3º mês do pós-parto ou pós-aborto.

Recomenda-se também o uso do ácido fólico 5 mg/dia iniciando 3 meses antes da concepção até 12 semanas de gestação, visando a redução de anomalias do tubo neural.

10

Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Praticar, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física, não fumar e evitar as bebidas alcoólicas.

A equipe de saúde deve acompanhar a evolução do peso, durante o pré-natal.

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos.

A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, redução do risco de doenças e melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais agregam diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam além das modalidades esportivas e



caminhadas, o tai-chi, o lian gong, o yoga, entre outras. A prática de atividade física deve ser realizada pela gestante, desde que não haja algum impedimento médico.

Não fumar e evitar o consumo de álcool, pois prejudica a sua saúde, o crescimento do feto e aumenta o risco de nascimento prematuro.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS/DAB/CGPAN. Os dez passos para a alimentação saudável das gestantes, 2011. Adaptado pela Coordenação de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Segue abaixo quadro com os alimentos ricos em vitaminas e minerais importantes na gestação e lactação.

VITAMINAS E MINERAIS IMPORTANTES NA GESTAÇÃO E LACTAÇÃO	
Vitamina A	Ovos, leite e derivados, carnes, fígado, peixes, mamão, abóbora, cenoura, manga, vegetais de folhas verde-escuros.
Vitamina B1	Fígado, vísceras, leguminosas (feijão, lentilha, ervilha seca, grão-de-bico), grãos integrais e germe de trigo.
Vitamina B6	Grãos integrais, levedura, germe de trigo, legumes e miúdos.
Vitamina B12	Leite, ovo, queijo e especialmente fígado.
Vitamina C	Laranja, goiaba, morango, limão, acerola, abacaxi, pimentão verde, tomate, batata, couve-flor, brócolis.
Vitamina E	Germe de trigo, óleos vegetais, hortaliças de folhas verdes, gema de ovo e nozes.
Ácido Fólico	Fígado, leite, ricota, iogurte, feijão, frutas cítricas, vegetais verde-escuros, feijões e ervilhas secas, cereais integrais.
Cálcio	Leite e derivados, vegetais verde-escuros, sardinha, amêndoas.
Ferro	Carnes vermelhas, vísceras, fígado, ameixa e frutas secas, leguminosas (feijão, ervilha seca, lentilha, grão-de-bico e soja) brócolis, couve.
Potássio	Feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão, tomate, cenoura, beterraba, frutas secas, batata inglesa, laranja.

Fonte: Mahan, LK; Escott-Stump, S. Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. São Paulo, 2005.

A gestante deve comer o suficiente para atender às suas necessidades e um pouco a mais para ajudar na quantidade extra de energia, proteínas, vitaminas e minerais que a gravidez exige. A recomendação adicional de energia é de 300 calorias por dia para o 2º e 3º trimestres, não sendo considerada no 1º trimestre. O quadro abaixo auxilia a realizar as escolhas para atingir a quantidade extra de calorias.



QUANTIDADE DE CALORIAS POR PORÇÕES DE ALIMENTOS		
Alimento	Energia (kcal)	Medida caseira
Leite integral	151	1 copo 240 ml
Queijo prato	53	1 fatia média
Pão francês	150	1 unidade
Lentilha cozida	149	1 concha média
Arroz integral cozido	50	2 colheres de sopa
Bife bovino	219	1 unidade média
Ovo cozido	66	1 unidade
Feijão cozido	108	1 concha média
Banana prata	39	1 unidade
Laranja	67	1 unidade média
Fígado bovino grelhado	225	1 unidade média
Couve	36	2 colheres de sopa
Mamão formosa	76	1 fatia média
Cenoura cozida	15	1 colher de sopa

Fonte: Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos – TACO, 2006.

1.16.4 ORIENTAÇÕES PARA ADEQUAÇÃO DO GANHO DE PESO

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

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS EM FUNÇÃO DO GANHO DE PESO DURANTE O ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL	
Ganho de peso	Orientações nutricionais
Adequado	Manter a alimentação adequada de acordo com as recomendações nutricionais.
Inferior ao recomendado	Investigar possíveis causas com atenção especial para o consumo insuficiente ou o alto gasto energético (excesso de atividade física, vômitos, etc.) e orientar corretamente a gestante quanto à alimentação, visando o ganho de peso.



Ganho de peso	Orientações nutricionais
Superior ao recomendado	Investigar possíveis causas com atenção especial ao consumo excessivo de alimentos, sedentarismo, edema. A gestante deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar para orientação específica da alimentação, prática de atividade física e cuidados quando diagnosticada hipertensão arterial em caso de edema.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS/DAB/CGPAN. Protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde, 2008. Adaptado pela Coordenação de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

1.16.5 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. A alimentação e nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da mãe que amamenta (nutriz).

Recomenda-se uma ingestão energética adicional para a mulher que amamenta de 500 calorias por dia. Durante o período da amamentação as necessidades energéticas aumentam e o estado nutricional materno influencia principalmente o volume de leite produzido. No entanto, mesmo as mulheres com consumo alimentar inadequado produzem leite de boa qualidade e 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 qualidade da alimentação da nutriz e orientar:

- Manter uma alimentação equilibrada, seguindo as recomendações dos **10 passos para uma alimentação saudável das gestantes**;
- Durante a amamentação beber no mínimo 1 litro de água além da ingestão habitual diária;
- Procurar consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A (ver quadro de vitaminas e minerais importantes na gestação e lactação);
- Não há contraindicações de alimentos, a não ser que haja comprovações clínicas ou bioquímicas da necessidade de determinados alimentos serem excluídos da alimentação. Caso seja percebido algum efeito na criança de algum componente de sua alimentação, pode-se indicar a prova terapêutica: retirar o alimento por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e/ou sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piore com a sua reintrodução, ele deverá ser evitado;
- Não fazer dietas rigorosas durante a amamentação, pois isto poderá diminuir a produção de leite e prejudicar o aleitamento do bebê;
- A amamentação exclusiva ao seio, sem redução na ingestão calórica, contribui para o retorno ao peso normal, uma vez que o corpo queima muitas calorias para a produção do leite materno;



- Desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool;
- Evitar o café, chá preto, refrigerantes à base de cola e chocolate. Esses alimentos poderão reduzir o teor de ferro do leite materno.

1.17. ALEITAMENTO MATERNO

O período da gestação é um momento privilegiado para se trabalhar o resgate da cultura da amamentação e esta questão tem se constituído num desafio universal.

Este trabalho deve ter início no começo da gestação e consiste em orientar a gestante, seu parceiro e sua família, esclarecendo suas dúvidas, preocupações e incentivando o aleitamento exclusivo. É importante que, nas gestantes adolescentes, a abordagem seja diferenciada devido ao momento de desenvolvimento corporal próprio desta fase evolutiva e podendo haver dificuldade na aceitação da amamentação. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento exclusivo por um período de seis meses, podendo estender-se até dois anos com a criança recebendo alimentos complementares. O desejo ou não de amamentar deve ser compreendido e respeitado.

No pré-natal não é necessário o preparo das mamas para a amamentação.

O estabelecimento da posição e da pega do bebê após o nascimento parecem ser os fatores mais importantes para propiciar uma sucção efetiva pelo bebê e não o preparo das mamas durante a gestação.

Sabe-se que o tempo de 30 minutos de sucção do mamilo produz elevados níveis de prolactina por cerca de 3 a 4 horas, o que representa uma produção suficiente de leite para nutrir o recém-nascido. Por isso, possibilitar a livre demanda é um elemento básico para a amamentação. Quanto mais precoce (ainda na sala de parto) o RN for levado ao seio, maior será a produção de leite e menor o desconforto decorrente do ingurgitamento mamário.

Atualmente, a evidência tem mostrado que o controle da produção do leite é feito pelo esvaziamento da glândula através da sucção.

COMPETE À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Manter uma equipe de saúde preparada e bem treinada no processo da lactação influencia de forma importante a incidência da amamentação, na comunidade, onde estes profissionais de saúde atuam.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES

- Usar linguagem de fácil compreensão; escutar as dúvidas, medos, questionamentos e mitos, transmitir confiança e demonstrar que as informações prestadas são



- baseadas nas experiências e nas evidências científicas; demonstrar que a equipe está disposta a dar suporte ao casal, sempre que necessário; reforçar que pode ser mudado o curso de uma experiência anterior negativa;
- Cuidar com as expressões usadas após o exame das mamas como: suas mamas são muito pequenas, seu mamilo é plano ou invertido e você terá dificuldade para amamentar;
 - Está provado que a grande maioria das mulheres com mamilos invertidos pode amamentar com sucesso, pois o bebê não mama mamilo e sim o peito, porém devem receber assistência pós-natal até que a amamentação esteja estabelecida;
 - Orientar e apoiar as pacientes com cirurgia redutora de mama informando que o acompanhamento do binômio mãe-bebê deve ser frequente para intervenção precoce no caso de perda de peso e dificuldades da manutenção da lactação. Da mesma maneira com relação ao implante de prótese, não se sabe se aquelas mamas não eram hipoplásicas, com pouco tecido glandular, daí o binômio mãe-bebê ser acompanhado para uma intervenção precoce, caso seja necessário;
 - Orientar o uso de sutiã reforçado para manter os seios elevados;
 - Orientar a gestante a solicitar ao obstetra e ao pediatra, para o início precoce da amamentação; na primeira hora após o parto, o bebê deve ser colocado em contato com a mãe para que haja o desenvolvimento do APÊGO entre a mãe e o bebê;
 - A equipe de Saúde deve proibir o aleitamento cruzado, explicando os riscos;
 - Orientar e ensinar como se faz a ordenha manual para prevenir as complicações mais comuns da lactação, como fissuras, engurgitamento mamário e mastite; esclarecer que o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado;
 - É de responsabilidade da UBS realizar a visita domiciliar à puérpera, através do agente comunitário de saúde, na primeira semana de vida da criança; realizar a busca ativa se, após os dez primeiros dias de vida, a mãe não comparecer a UBS acompanhada do bebê para consulta neonatal precoce e para a consulta puerperal.

1.17.1 RESTRIÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO

Algumas situações pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

O ALEITAMENTO MATERNO NÃO DEVE SER RECOMENDADO EM:

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Criança portadora de galactosemia (não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose);
- Mulheres com câncer de mama tratado ou em tratamento;
- Mulheres com distúrbios graves da consciência ou comportamento;
- Recém-natos com alteração de consciência, prematuridade extrema;



- **Lactentes com fenilcetonúria:** é necessária uma fórmula especial isenta de fenilalanina. Alguma amamentação é possível, sob monitoramento cuidadoso (MS, 2009).

RECOMENDA-SE A INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA DA AMAMENTAÇÃO:

- **Infecção herpética:** na presença de vesículas localizadas na pele da mama. Evitar o contato direto entre as lesões mamárias e o bebê até que estas estejam curadas. Porém, a amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- **Varicela:** a principal maneira de transmissão para a criança é o contato direto com as lesões da mãe. Não há relato de doença transmitida pelo leite materno. A transmissão para o bebê pode ocorrer no período de maior viremia, isto é, quando a mãe apresentar vesículas na pele, cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto. É recomendável o isolamento da mãe até a formação de crostas. O bebê deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster, disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES). Deve ser administrada em até 96 horas pós nascimento. A amamentação deve ser temporariamente interrompida, mas criança pode receber leite materno ou humano pasteurizado (MS, 2009);
- **Doença de Chagas:** na fase aguda da doença ou na presença de sangramento mamilar;
- **Abscesso mamário:** até a drenagem do abscesso e a iniciação do antibiótico. Na mama sadia, a amamentação deve ser mantida;
- **Iodo 131 radioativo:** a mãe pode voltar a amamentar cerca de dois meses após ter recebido iodo-131 radioativo (OMS, 2009).

DROGAS CONTRAINDICADAS DURANTE A AMAMENTAÇÃO:

Nesta categoria estão as drogas que exigem a interrupção da amamentação, baseadas nas evidências ou risco significativo de efeitos colaterais importantes no lactente. As recomendações abaixo baseiam-se no Manual Técnico de Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias, MS, 2010.

Há muitos outros medicamentos que necessitam de avaliação criteriosa durante a amamentação, dependendo da avaliação do risco/benefício. Quando utilizados, exigem monitorização clínica e/ou laboratorial do lactente, devendo ser utilizados durante o menor tempo e na menor dose possível. Sugerimos consultar, se houver necessidade, o manual do MS anteriormente citado.

- **Meios de contrastes radiológicos:** I-123 sódio, I-125 fibrinogênio, I-131, I-131 iodometinorcolesterol, I-131 sódio, I-131 HSA, P-32 Na fosfato e Se-75 metionina;
- **Fármacos que atuam no sistema nervoso central:** Zonisamida, Bromocriptina, Selegilina, Doxepina e Brometos;



- **Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatórios não esteróides e fármacos para tratar gota:** Antipirina e Sais de ouro;
- **Anti-infecciosos:** Linezolida e Ganciclovir;
- **Fármacos cardiovasculares:** Amiodarona;
- **Fármacos hematológicos e produtos do sangue:** Fenindiona;
- **Hormônios e antagonistas:** Androgênios; Contraceptivos: Etinilestradiol e Anticoncepcional hormonal combinado; Ocitócitos, ergóticos e prostaglandinas: Mifepristone ou RU 486 e Misoprostol; Antagonistas hormonais: Bromocriptina, Cabergolina, Ciproterona, Leuprolida (leuprorrelina), Lisurida e Tamoxifen; Hormônios: Clomifeno, Dietilestilbestrol, Estradiol e Hormônio luteinizante (alfalutropina);
- **Antineoplásicos:** Altetramina, Anastrozol, Asparaginase, Bevacizumab, Busulfan, Capecitabina, Carboplatina, Carmustina, Cetuximab, Ciclofosfamida, Cisplatina, Citarabina, Cladribina, Clorambucil, Dacarbazina, Dactinomicina, Daunorubicina, Docetaxel, Doxorubicina, Epirubicina, Erlotinib, Etoposide, Exemestane, Fluoruracil, Gemcitabina, Ifosfamida, Imatinib, Letrosol, Lomustina, Melfalan, Mitomicina, Mitoxantrona, Oxaliplatina, Paclitaxel, Pentostatina, Procarbazina, Rituximab, Tamoxifeno, Temozolomida, Toremifeno, Vinblastina, Vincristina e Vinorelbina;
- **Fármacos para pele e mucosas:** Acitretina, Etretinato, Fluoruracila e Isotretinoína;
- **Fármacos utilizados no tratamento da obesidade:** Anfepramona;
- **Fármacos para uso oftalmológico:** Verteporfin;
- **Fármacos usados no tratamento da dependência às drogas:** Dissulfiram;
- **Agentes ambientais:** Chumbo;
- **Fitoterápicos:** Borage (*Officinalis borage*), Confrei (*Symphytum officinale*), Kava-kava (*Piper methysticum*), Cohosh azul (*Caulophyllum thalictroides*) e Kombucha (*Kombucha Gyokuroen*);
- **Cosméticos:** Formol;
- **Drogas de vício e abuso:** anfetaminas, cocaína e crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe;
- **Demais:** Sildenafil.

1.17.2 RECOMENDAÇÕES EM ALGUMAS PATOLOGIAS

Condições maternas durante as quais amamentar não são contraindicado, embora sejam problemas de saúde que causem preocupação. As recomendações abaixo são baseadas no Manual Técnico, A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação, MS, 2009.

- **Tuberculose:** segundo a OMS, a amamentação não deve ser interrompida e não há necessidade de separar a mãe da criança. Recomenda-se diminuir o contato íntimo entre mãe e filho, amamentar com o uso de máscara, lavar cuidadosa-



mente as mãos e rastrear os comunicantes. O bacilo de Koch excepcionalmente é excretado pelo leite materno e geralmente a porta de entrada é o trato respiratório. As mães devem ser tratadas com esquemas que são seguros durante a gestação e lactação, como isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol por curto período. Se a mãe não estiver sendo tratada ou ainda for bacilífera (até duas semanas após o início do tratamento), o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses. Após este período, fazer prova tuberculínica. Se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar. Se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; caso contrário, pode-se suspender a medicação e a criança deve receber a vacina BCG (MS, 2009);

- **Hanseníase:** a transmissão depende de contato prolongado do bebê com a mãe sem tratamento. A primeira dose de Rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera. A gravidez e o aleitamento materno não contraindicam a administração dos esquemas de tratamento poliquimioterápico da hanseníase (MS, 2009);
- **Hepatite B:** o HBsAg pode ser detectado no leite materno de mães HBsAg positivas, no entanto a amamentação não traz riscos adicionais para os recém-natos dessas mães, desde que os mesmos tenham recebido a 1ª dose da vacina e imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), nas primeiras 12 horas de vida (MS, 2008);
- **Hepatite C (HCV):** embora o HCV tenha sido encontrado no colostro, não foi documentada sua transmissão pelo leite materno. A amamentação não está contraindicada. O aleitamento deve ser revisto quando há fissuras nos mamilos da mãe, com possibilidade de contato com sangue materno (MS, 2008);
- **Dengue:** não há contraindicação da amamentação;
- **Consumo de cigarros:** os benefícios do leite materno para o bebê superam os malefícios da exposição à nicotina. As lactantes devem ser orientadas a reduzirem o máximo de cigarros e a não fumar no mesmo ambiente onde está o bebê;
- **Consumo de álcool:** é desaconselhável a ingestão. Pode modificar o sabor do leite levando a recusa pelo lactente e também diminuir sua produção;
- **Na doença contagiosa comum** recomenda-se manter a amamentação.

COMPETE A MATERNIDADE OU AO HOSPITAL

Desde que mãe e filho se encontrem em boas condições a amamentação deve ter início ainda na sala de parto ou na sala de recuperação, independente do tipo de



parto. O bebê deve ter contato de pele com a mãe imediatamente após o nascimento; procurar manter juntos a mãe e o bebê ao deixarem a sala de parto. Este início da amamentação deve ser acompanhado por um profissional de saúde ou ter o apoio de um familiar que deve prestar as primeiras orientações quanto à pega e a melhor posição para aquele momento.

Quando no alojamento conjunto, a equipe de saúde deve incentivar a mãe a participar da orientação de aleitamento materno, durante o período de internamento, procurando reforçar o que foi dito no pré-natal. Está comprovado o benefício psicológico da permanência do bebê em tempo integral com sua mãe, além de possibilitar o acesso ao seio em livre demanda, sem horários rígidos para amamentação.

É fundamental que o profissional de saúde, estabeleça uma “parceria de confiança” com a mãe, aumentando sua autoestima e tornando-a independente no cuidado do bebê.

Na alta, a puérpera deve ser orientada para o retorno a UBS no período de até 10 dias para avaliação da amamentação, consulta de puericultura e consulta puerperal.

TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após as mamadas e para as mamas, o banho diário é suficiente;
- A mãe deve estar bem confortável, de preferência, com os pés apoiados e as costas;
- A equipe de saúde deve ensinar a mãe a massagear a mama, com movimentos circulares pequenos, em volta da aréola, “massagem em flor” deve-se comprimir a parte mais externa da aréola (pressionando os seios galactíferos) para que ocorra o extravasamento do leite pelo mamilo, deixando a aréola macia o suficiente para o bebê abocanhá-la;
- A mãe, ao oferecer o seio à criança, deve verificar se a pega e a posição do bebê estão corretas (boca de peixinho). A borda do lábio inferior do bebê deve estar virada para fora e o queixo junto ao peito materno, a posição do abdome do bebê junto ao abdome materno e a cabeça mais elevada que tórax, a fim de evitar refluxo de leite para o ouvido, prevenindo as otites;
- A mãe deve colocar a mão aberta apoiando a parte inferior da mama que está sendo sugada, evitando que o peso da mama propicie a parada da lactação; deve evitar a posição da mão em forma de tesoura, pois pode obstruir a passagem do leite por compressão dos ductos;
- Oferecer a primeira mama e deixar que o bebê a esgote totalmente, para, em seguida, passar para a outra mama. Iniciar a próxima mamada pela última mama ofertada, favorecendo assim o seu completo esvaziamento;
- Para interromper a sucção, deve-se colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê, afastando e liberando o mamilo da boca do bebê;
- Deixar o bebê no colo por alguns minutos, na posição de pé, para facilitar a eructação e evitar a broncoaspiração.



1.17.3 INTERCORRÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO

Recomenda-se avaliar alguns fatores maternos como:

- Ansiedade da mãe e da família;
- Alimentação inadequada da mãe;
- Doenças como febre, gripe, anemias, infecções e transtornos mentais;
- Falta de orientação adequada na maternidade ou na Unidade Básica de Saúde;
- Inexistência do alojamento conjunto nas maternidades ou hospitais;
- Técnica inadequada de amamentação ou tempo de sucção insuficiente, impedindo o estímulo adequado para a permanência da lactação;
- Introdução precoce da mamadeira ou alimentação mista.

A principal consequência das intercorrências na lactação é o desmame precoce. Cabe a UBS supervisionar todas as puérperas inscritas no Programa Mãe Curitibana, detectando e intervindo precocemente em situações de risco descritas abaixo.

A. GANHO DE PESO INADEQUADO DO BEBÊ

Deve-se estimular o bebê a esvaziar bem uma das mamas; aumentar a frequência das mamadas ou complementar com o leite anteriormente ordenhado que deve ser oferecido em copinho ou colherinha.

B. FISSURAS

Ocorre geralmente quando a pega e o posicionamento forem inadequados. Pode ocorrer sangramento mamilar, o que não impede a amamentação.

Se a fissura for grande ou a dor para amamentar for muito intensa, recomenda-se suspender a amamentação na mama afetada por 24 horas e esgotá-la manualmente para evitar o engurgitamento. Evitar as lavagens excessivas das mamas e o uso de produtos tópicos como pomadas ou cremes.

C. INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Muito comum as mamas ficarem ingurgitadas, dolorosas, pesadas e ligeiramente quentes, entre o 2º e o 5º dia após o parto, por ocasião da apojadura.

É considerado ingurgitamento mamário aquele que ocorre após o 5º dia pós-parto, podendo ocorrer em qualquer período da amamentação.

Clínica

Febre, mal-estar geral, mamas pesadas e dolorosas.

Conduta

- Manter o aleitamento reduzindo os intervalos;



- Fazer ordenha nas mamas antes das mamadas (para facilitar o extravasamento do leite) e após a amamentação, se a mama ainda estiver muito dura e dolorida;
- Evitar compressas quentes e frias, sem orientação.

D. CANDIDÍASE (MONILÍASE)

Pode comprometer a pele do mamilo, da aréola e também os ductos lactíferos. A predisposição pode ocorrer pela umidade e lesão dos mamilos, uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides e, muitas vezes, o bebê pode transmitir o fungo.

Clínica

Coceira, dor que persiste após as mamadas, hiperemia e irritação com descamação de mamilos e aréola.

Tratamento

- Simultâneo para a mãe, o pai e o bebê;
- Tratamento inicial local:
 - Para a mãe - Nistatina tópica por duas semanas no mamilo. Aplicar após cada mamada (não precisa ser removido);
 - Para o bebê- 1 ml da nistatina suspensão em cada lado da boca, 4 x ao dia, por 2 semanas;
- Tratamento para o casal: fluconazol-150 mg, VO, dose única, repetir após 7 dias;
- Passar o próprio leite no mamilo e deixar secar ao ar. Quando for amamentar, segurar a mama em “C” para minimizar a dor.

E. MASTITES

É um processo inflamatório da mama, geralmente unilateral, podendo progredir ou não para uma infecção bacteriana. Mais comum na 2ª ou 3ª semana após o parto e raramente, após a 12ª semana.

O leite acumulado, o processo inflamatório e o dano tecidual favorecem a infecção (*Staphylococcus aureus* e *albus*, *Escherichia coli* e *Streptococcus* (α , β e não hemolítico)). As fissuras costumam ser a porta de entrada da bactéria.

Fatores que predis põem a mastite

- Mamadas com horários regulares;
- Separação entre mãe e bebê com redução súbita no número de mamadas;
- Desmame abrupto;
- Longo período de sono do bebê à noite. Uso de chupetas ou mamadeiras;
- Não esvaziamento completo das mamas;
- Freio de língua curto e/ou bebê com dificuldade de sucção;
- Produção excessiva de leite.

Clínica

- Mama dolorosa;
- Hiperemia, edema e calor local;
- Mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) associados a calafrios.

Pode haver rejeição do leite por parte do bebê pela alteração do sabor em função



de níveis de sódio aumentados e diminuição da lactose. A produção de leite pode ficar comprometida na mama afetada.

Conduta

- **Esvaziamento da mama** é o fator mais importante e pode ser feita pelo próprio bebê. A retirada manual pode ser necessária se não houver um esvaziamento adequado;
- **Antibioticoterapia:**
 - Cefalexina 500mg, VO, de 6/6 horas, por 10 dias; OU
 - Amoxicilina 500mg, VO, de 8/8 horas por 10 dias; OU
 - Amoxicilina associada ao Ácido Clavulânico (500 mg/125 mg), VO, de 8/8 horas por 10 dias;
 - Em caso de alergia a estes medicamentos: Eritromicina 500mg, por VO, de 6/6 horas por 10 dias;
 - Não havendo melhora dos sintomas em 48 horas do início da antibioticoterapia, considerar a possibilidade de abscesso mamário, de encaminhamento para a maternidade de referência para avaliação diagnóstica especializada e revisão da antibioticoterapia.
- **Suporte emocional;**
- **Outras medidas:** repouso da mãe; uso de analgésicos ou anti-inflamatórios não esteróides, como ibuprofeno. Ingerir líquidos à vontade.

F. ABSCESSOS MAMÁRIOS

Geralmente causado por mastite não tratada ou com tratamento tardio ou inadequado. Comum após a interrupção da amamentação, quando não há esvaziamento adequado do leite.

Clínica

Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e áreas de flutuação no local afetado. A UBS deve encaminhar à Maternidade de Referência para que possa ser realizada a drenagem. Esta paciente será monitorada até a cura pela Unidade Básica de Saúde.

Conduta na amamentação

Amamentar na mama sadia. Interromper temporariamente na mama afetada e retornar a amamentação somente após a drenagem e antibioticoterapia iniciada.

G. POUCO LEITE

A queixa é comum durante a amamentação de “pouco leite” ou “leite fraco”.

Fatores predisponentes

- A suplementação com outros leites;
- Fatores maternos como: mamilos grandes, invertidos ou planos, hipotireoidismo, diabetes não tratada, doença mental, fadiga, distúrbios emocionais, redução cirúrgica das mamas, fumo;
- Fatores relacionados ao bebê: lábio/palato leporino, prematuridade, síndrome de Down, outros;



- Má pega;
- Mamadas infrequentes e/ou curtas;
- Amamentação com horários pré-estabelecidos;
- Ausência de mamadas noturnas;
- Ingurgitamento mamário;
- Uso de chupetas.

O volume de leite produzido varia de acordo com a demanda do bebê e o melhor indicativo é a verificação de que ele não está ganhando peso adequadamente.

Medidas para aumentar a produção de leite

- Corrigir o posicionamento e a pega do bebê, se não adequados;
- Aumentar a frequência das mamadas;
- Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
- Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores de mamilos;
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente e dieta balanceada;
- Repouso.

TÉCNICA PARA O ARMAZENAMENTO E REUTILIZAÇÃO DO LEITE MATERNO

Existem situações em que a mãe não poderá amamentar seu bebê (prematuridade ou complicações fetais), havendo necessidade do esgotamento das mamas. Alguns cuidados devem ser tomados na extração do leite e no seu armazenamento.

A mãe deve dar preferência para a ordenha manual; lavar as mãos e a mama sempre que fizer a ordenha; acondicionar o leite num recipiente de vidro com tampa plástica, sem papelão. O vidro deve ser lavado com água e sabão e fervido por 15 minutos; guardar o vidro contendo o leite em geladeira (até 12 horas), no freezer ou no congelador (até 15 dias), desde que o congelamento seja imediatamente após a coleta. Uma vez descongelado, não deve ser recongelado. Antes de oferecer o leite ao bebê, o leite deve ser aquecido em banho-maria até atingir a temperatura de 36 graus centígrados e deve-se evitar a fervura. Se o leite armazenado for para doação, para os Bancos de Leite Humano, deverá estar no Banco de leite com 10 dias para a pasteurização (ANVISA).

1. Na geladeira:

- a. Leite cru até 12 horas sob refrigeração;
- b. Leite pasteurizado degelado até 24 horas.

2. No congelador

- a. Leite cru até 15 dias.

3. No freezer:

- a. Leite cru até 15 dias;
- b. Leite pasteurizado até 6 meses.

Desejando orientações: PROAMA

Telefone: 99513987 (24 horas) - 32256407 e 33213229.



1.18. SAÚDE MENTAL

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 problemas mentais. 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 (vide protocolo da saúde mental).

A associação de fatores como exposição a substâncias psicoativas, desnutrição, infecções, relações familiares ou profissionais conflitantes, abandono, exposição a eventos negativos, experiências adversas e falta de apoio social, aumentam o risco para os transtornos mentais maternos.

TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

Dentre os Transtornos de Humor que acometem as gestantes, a depressão é um quadro frequente 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 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 autoagressivas ou suicidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, pessimismo e sentimento de culpa e desamparo. Bem como queixas associadas à própria gestação e puerpério.

A Depressão Pós-Parto é um Transtorno de Humor que pode se apresentar de grau leve ou grave 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 ou outros transtornos mentais como disforia pré-menstrual, depressão antes e/ou durante a gestação. Ocorre com maior frequência em adolescentes (Piyasil, 1998) e mulheres com dificuldades adaptativas à gestação (Sugawara, 1997) como gravidez não desejada, situação civil irregular, gravidez repudiada por familiares e carência social. Entretanto, é necessário diferenciá-la da tristeza normal que pode ocorrer após o parto ("puerperal blues").

"Puerperal blues", entre outras condições, tem sido relacionada com mudanças rápidas dos níveis hormonais. Acomete cerca de 50 a 80% das puérperas, surge geralmente nos primeiros dias após o parto e costuma cessar em duas semanas. Caracteriza-se por tristeza, disforia, choro frequente, dependência, fadiga, ansiedade em níveis leves não causando danos significativos à puérpera e seus familiares.

Gestantes e puérperas com episódios maníacos do Transtorno Bipolar podem apresentar humor eufórico - irritabilidade, 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 tireoidianas, síndrome de Cushing, eventos periparto como infecção, toxemia e perdas sanguíneas; também ao uso de medicamentos como anti-hipertensivos, escopolamina e meperidina. O médico deve estar atento para descartar estas situações.

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.

TRATAMENTO

Preconiza-se o trabalho em rede, envolvendo os médicos e os demais membros da equipe de saúde (incluindo os psicólogos e psiquiatras) 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.

Na maior parte dos casos de depressão, o acompanhamento na UBS, e o apoio familiar podem ser suficientes, mas em casos mais complexos, assim como outras patologias devem ser trabalhados em rede com serviços de referência em saúde mental, pois o tratamento medicamentoso pode ser imprescindível (McGrath, 1999). Quando indicada, a psicoterapia individual e familiar é benéfica.

Os antipsicóticos devem ser evitados no primeiro trimestre, mas quando necessário, recomenda-se o uso de haloperidol. Vários autores concordam que o uso de antidepressivos tricíclicos e fluoxetina antes, durante e após a gestação é indicado no tratamento de transtornos depressivos (Schou, 1998). Para o uso de estabilizadores de humor como o lítio é sugerido a avaliação do risco/benefício.

Se houver o desejo de engravidar, a mulher com transtornos mentais 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.

Os transtornos mentais são complexos e a resposta a eles dificilmente é simples, requisitando especialmente nos casos mais graves o trabalho em rede, ex: gestante com dependência química, transtornos mentais graves e outros.

O trabalho em rede pode ser acionado através da função matriciadora dos psicó-



logos dos NAAPS, que poderão auxiliar no gerenciamento desses casos. Podem ser chamados equipamentos de saúde (como CAPS e Hospitais clínicos e ambulatórios de saúde mental – através da supervisão mensal do psiquiatra do ambulatório, por exemplo) e eventualmente extrassaúde (como FAS, Ministério Público, Segurança Pública e Conselho Tutelar) para discutir uma rede que possa dar suporte necessário à usuária.

Em casos de dúvidas medicamentosas, entrar em contato com Central de Leitos, CAPS (via telefone) e Ambulatórios de saúde mental (via reunião de supervisão mental). Se houver dúvidas quanto ao fluxo, buscar orientação junto aos psicólogos dos NAAPS.

1.18.1 AGENTES FARMACOLÓGICOS

Como orientação geral, utilizar a mínima dose terapêutica.

- Antipsicóticos de alta potência- Haloperidol;
- Antipsicóticos de baixa potência-Clorpromazina;
- Antidepressivos tricíclicos-Amitriptilina;
- Inibidores seletivos de recaptção de serotonina-Fluoxetina;
- Estabilizadores de humor- Carbonato de lítio, carbamazepina e ácido valpróico;
- Benzodiazepínicos-Diazepam.

Apesar das recomendações mencionadas, havendo indicação médica do uso do fármaco, sugerimos avaliar os riscos/benefícios em cada caso.

CARBAMAZEPINA

- Gravidez - categoria D
 - Há relatos de no 1º trimestre: distúrbios de desenvolvimento, anomalias congênita como espinha bífida, malformações cardiovasculares, hipospádia e anomalias craniofaciais. No 3º trimestre: deficiência de vitamina K e sangramento neonatal;
 - Se a paciente engravidar durante o tratamento com carbamazepina ou tiver planos de engravidar, ou se a necessidade de se iniciar o tratamento aparecer durante a gestação, deve-se avaliar risco/benefício, particularmente no 1º trimestre da gestação;
 - Mulheres em idade fértil devem, sempre que possível, receber a carbamazepina em monoterapia. A incidência de anomalias congênitas é maior nas pacientes tratadas com associações de fármacos antiepilépticos;
 - Informar ao paciente quanto à possibilidade de maior risco de malformações e a importância do acompanhamento do pré-natal;
 - Recomenda-se não interromper o tratamento antiepiléptico efetivo. Pode ocorrer o agravamento da doença;
 - Os fármacos antiepilépticos agravam a deficiência de ácido fólico e isto pode contribuir para aumentar a incidência de anomalias congênitas. Recomenda-se suplementar ácido fólico antes e durante a gestação.



- Lactação - Mães em terapia com carbamazepina podem amamentar. Como orientação geral, os fármacos que atuam no sistema nervoso central são de uso criterioso quando em doses elevadas ou uso prolongado. Podem provocar sedação, sucção fraca e ganho ponderal insuficiente no lactente (MS, 2010);
- Anticoncepção - Contraceptivos orais têm sua eficácia reduzida quando administrados em associação com carbamazepina. Métodos anticoncepcionais alternativos devem ser considerados.

FLUOXETINA

- Gravidez - categoria C
 - Sintomas transitórios de retirada da droga foram relatados em alguns recém-nascidos de mães tratadas próximo ao termo (Síndrome de abstinência como por ex. tremores transitórios, dificuldade na alimentação, taquipnéia e irritabilidade). Avaliar risco/benefício;
- Lactação - é excretada no leite. Uso compatível com amamentação mas como orientação geral são drogas de uso criterioso quando em doses elevadas ou uso prolongado (MS, 2010).

CLORPROMAZINA

- Gravidez - categoria C
 - Nos recém-nascidos de mães tratadas durante a gestação com doses elevadas foram descritos: síndromes extrapiramidais e sinais digestivos como distensão abdominal. O risco teratogênico parece ser pequeno. Recomenda-se limitar a duração dos tratamentos durante a gestação e dentro das possibilidades diminuir as doses no final da gestação. Evitar no final da gestação pelo risco do RN ter dificuldade de sucção, letargia e hipotensão. RN pode apresentar síndrome de abstinência com tremores e vômitos. Manter vigilância das funções neurológicas e digestivas. Doses altas aumentam o risco de icterícia neonatal, hiperbilirrubinemia, apatia e letargia;
- Lactação - O aleitamento é desaconselhável. Pode aumentar o risco de apnéia e morte súbita na infância.

HALOPERIDOL

- Gravidez - categoria C
 - Nenhum aumento significativo de anormalidades fetais foi associado com o uso de haloperidol. Casos isolados de malformação fetal após administração de haloperidol e na maioria associados a outros medicamentos. Pode ser usado durante a gestação quando os benefícios forem claramente superiores aos potenciais riscos fetais (ANVISA, 2006).



AMITRIPTILINA

- Gravidez - categoria C
 - Deve ser evitado sempre que possível, especialmente durante o primeiro trimestre da gestação. Avaliar os possíveis benefícios contra os riscos para a mãe e a criança;
- Lactação - Uso compatível com amamentação (OMS).

CARBONATO DE LÍTIO

- Gravidez - categoria D
 - Está associado a um aumento das malformações cardiovasculares, principalmente a síndrome de Ebstein (regurgitação da válvula tricúspide, dilatação do ventrículo direito e defeito do septo ventricular), síndrome do “floppy baby”, anomalias tireoidianas, diabetes insípido nefrogênico, complicações cardiovasculares, hepáticas e do sistema nervoso central ao nascimento. A gestante deve estar ciente dos potenciais riscos para o feto. Avaliar risco/benefício;
- Lactação - Não é aconselhável a amamentação, é excretado no leite. Fármaco de uso criterioso na amamentação, necessita de monitorização dos níveis séricos e observar no lactente sinais de inquietação, fraqueza e hipotermia.

ÁCIDO VALPRÓICO

- Gravidez – categoria D
 - Pode ocasionar defeitos do tubo neural, crânio-faciais, malformações cardiovasculares e outros;
 - O médico deverá avaliar a relação risco/benefício. Se usado durante a gestação ou se a paciente engravidar durante o tratamento informá-la do potencial de risco para o feto. Recomenda-se a suplementação de ácido fólico;
- Lactação - Considerada compatível pela OMS e pela American Academy of Pediatrics.

DIAZEPAM

- Gravidez – categoria D
 - Atravessam a barreira placentária. Aumento do risco de malformação congênita: pode produzir hérnia inguinal, malformações cardiovasculares, fenda palatina, lábio leporino, crescimento intrauterino restrito. Avaliar risco/benefício;
 - Benzodiazepínicos devem ser evitados durante a gravidez. Podem levar a hipotensão, redução da função respiratória e hipotermia no recém-nascido. Sintomas de abstinência no recém-nascido tem sido eventualmente descritos. Avaliar riscos fetais/ benefícios maternos.



- Lactação - Excretado no leite materno. Não é recomendado amamentação em pacientes em uso de diazepam (FDA). Em doses esporádicas, o uso é compatível (MS, 2010).

1.19. SAÚDE BUCAL

A gestante apresenta maior suscetibilidade para o surgimento de problemas bucais devido às alterações sistêmicas, mudanças de hábitos alimentares decorrentes da gestação e da higiene bucal. Os elevados níveis hormonais durante a gestação acarretam alterações orgânicas como 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 ocorrência de náuseas e vômitos frequentes, favorece o aparecimento de erosão dentária. 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.

É importante salientar que uma gestante com dor, abscesso, sangramento ou outras situações urgenciais está sob maiores riscos do que se fosse submetida ao tratamento odontológico.

DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal caracteriza-se por alterações patológicas no periodonto, que é formado pelos tecidos moles (gengivas) e duros (osso alveolar, cemento e ligamento periodontal) que circundam os dentes.

Durante a gestação é comum o aumento da vascularização da gengiva e resposta exagerada aos fatores locais nos tecidos moles do periodonto. A influência hormonal atua exacerbando a resposta inflamatória, aumentando a permeabilidade vascular. Essas mudanças podem determinar, desde que haja presença de placa bacteriana, o aparecimento da chamada gengivite gravídica que se caracteriza por tumefação, vermelhidão e sangramento.



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 (inclusive os de origem dentária na gestante), 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 UBS

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 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.



*Intercorrências
no pré-natal*



2. Intercorrências no pré-natal

2.1. CONDUTAS NAS QUEIXAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

Usualmente os sintomas e sinais diminuem e/ou desaparecem com orientações alimentares, posturais, entre outras. O uso de medicamentos deve ser evitado ao máximo e usado com critério médico.

83

NÁUSEAS E VÔMITOS

- Orientar que são comuns no início da gravidez.
- A gestante deve:
 - Fazer alimentação fracionada (pelo menos 3 refeições e 2 lanches por dia);
 - Alimentar-se logo ao acordar, evitando jejum prolongado, dando preferência a alimentos pastosos e secos;
 - Evitar alimentação monótona, variando as refeições conforme a tolerância individual;
 - Evitar alimentos gordurosos e condimentados, doces com grande concentração de açúcar, alimentos flatulentos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve), alimentos com odor forte;
 - Evitar líquidos durante as refeições;
 - Utilizar frutas, caldos, alimentos laxativos (laranja, mamão, ameixa preta, produtos integrais) e temperos naturais;
 - Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
 - Evitar deitar-se logo após as refeições;
 - Fazer exercícios físicos periódicos, quando possível;
- Se os vômitos forem frequentes, agendar consulta médica para avaliar a necessidade de medicamentos;
- Se essas medidas não forem efetivas, ver Hiperemese.

OBS: Há gestantes que, por estarem sentindo náuseas, acabam negligenciando a higiene da boca. As doenças bucais, especialmente a doença periodontal, tem sido associadas a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro, a rotura prematura de membranas e a ocorrência de baixo peso (Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2010).

PIROSE (AZIA)

- A gestante deve:
 - Fazer alimentação fracionada (pelo menos 3 refeições e 2 lanches por dia);



- Evitar líquidos durante as refeições;
- Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos, picantes, álcool e fumo;
- Evitar deitar-se logo após as refeições;
- Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto);
- Se essas medidas não resolverem, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos.

SIALORRÉIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA)

- Sintoma comum no início da gestação;
- Orientação alimentar semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
- Orientar a deglutir naturalmente a saliva e tomar líquidos em abundância.

FRAQUEZAS, TONTURAS E DESMAIOS

- Orientar a gestante para:
 - Evitar a inatividade e mudanças bruscas de posição;
 - Evitar jejum prolongado, fazendo a 1ª refeição ao acordar. O intervalo entre as refeições não deverá ser superior a 3 horas;
 - Sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar a sintomatologia.

DOR ABDOMINAL, CÓLICAS, FLATULÊNCIA E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL

- Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas;
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal realizar alimentação rica em fibras (consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras de preferência cruas e cereais integrais). Evitar alimentos que causem muita fermentação;
- Aumentar a ingestão de água.

HEMORRÓIDAS

- Queixa comum, principalmente no final da gestação ou no pós-parto.
- Orientar à gestante para:
 - Realizar dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina;
 - Usar papel higiênico neutro e macio. Realizar higiene local com duchas ou banhos após evacuação;
 - Se dor ou sangramento persistente, agendar consulta médica;
 - Se complicações como trombose, encaminhar para hospital de referência.

CORRIMENTO VAGINAL

- Orientar a gestante que o fluxo vaginal normal é comumente aumentado na gestação. Este não causa prurido, desconforto ou odor local.
- A queixa deve ser avaliada. Ver capítulo de corrimento vaginal e cervicite;
- Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as DST.



QUEIXAS URINÁRIAS

- Orientar a gestante que o aumento da frequência urinária é comum no início e no fim da gestação pelo aumento do útero e compressão da bexiga. Indagar se há disúria, sangue na urina, dor pélvica ou febre;
- Ver cap. de Infecção de trato urinário.

FALTA DE AR E DIFICULDADE PARA RESPIRAR

- Orientar a gestante que são sintomas frequentes na gestação. Normalmente em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. Avaliar se existem sintomas associados como tosse, edemas ou febre.
- Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Agendar a consulta médica;
- Avaliação médica (ausculta cardíaca e pulmonar);
- Se alterações na avaliação médica, encaminhar ao serviço de alto risco, para avaliação.

DOR NAS MAMAS

- Realizar avaliação mamária para descartar qualquer alteração que possa ser encontrada no exame;
- Orientar o uso de sutiã com boa sustentação;
- Orientar a gestante que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso.

DOR LOMBAR (DORES NAS COSTAS)

A própria postura da gestante pode facilitar dores lombares, devido ao aumento da lordose. O aumento excessivo de peso também contribui para o aumento da dor.

- Orientar a gestante a corrigir a postura ao sentar e ao andar;
- Recomendar o uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Aplicação de calor local;
- Se necessário, utilizar analgésico, por tempo limitado, a critério médico.

CEFALÉIA (DOR DE CABEÇA)

- Avaliação da pressão arterial para afastar hipertensão arterial;
- Se necessário, prescrever analgésico (paracetamol), por período de tempo limitado;
- Orientar retorno à consulta médica, se persistir o sintoma.

SANGRAMENTO NAS GENGIVAS

É comum na gestação pelo aumento de vascularização.

- Recomendar o uso de escova de dente macia, fio dental e massagem na gengiva;
- Orientar que procure agendar atendimento odontológico;
- Eventualmente pode estar relacionado a distúrbios de coagulação.



VARIZES

O tratamento na gestação consiste em medidas profiláticas. Recomendar:

- As gestantes não devem permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com pernas cruzadas. Deve repousar por 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- O uso diário de meia elástica para gestante de suave ou média compressão pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores.

CÂIMBRAS

Recomendar à gestante:

- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local no momento da câimbra;
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1 (ver quadro de vitaminas e minerais importantes na gestação e lactação);
- Evitar excesso de exercícios físicos.

CLOASMA GRAVÍDICO (MANCHAS ESCURAS NO ROSTO)

- Orientar a gestante que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer após o parto;
- Evitar o sol e utilizar filtro solar tópico, aplicando várias vezes ao dia.

ESTRIAS

São frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente em quadril, abdômen e mamas. Orientar que são ocasionadas pela distensão dos tecidos. Não existe método eficaz de prevenção. No início tem cor arroxeada e com o tempo ficam da cor semelhante à da pele. Podem-se usar substâncias oleosas para realizar massagens locais.

2.2. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS

As recomendações abaixo baseiam-se no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério, MS, 2006 e Manual de Gestação de Alto Risco, Febrasgo, 2011.

2.2.1 ANEMIA

O período gestacional caracteriza-se por uma redução fisiológica da concentração de hemoglobina compensada pela hipervolemia que mantém uma adequada perfusão e oxigenação tecidual. No entanto, a associação da anemia fisiológica da gestação com as anemias carenciais (deficiência de ácido fólico e ferro), a anemia falciforme e a talassemia, podem comprometer a saúde materno-infantil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974), a anemia na gravidez é caracterizada por valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 11,0 g/dl.



Principais causas na gestação

- Carenciais:
 - Anemia ferropriva;
 - Anemia megaloblástica (deficiência de ácido fólico).
- Hereditárias:
 - Anemia falciforme;
 - Talassemia.

2.2.1.1 ANEMIA FERROPRIVA

É a principal causa de anemia na gestação. No hemograma observa-se redução de hematócrito e hemoglobina, com presença de hemácias hipocrômicas e microcíticas.

CONDUTA

- **Hemoglobina ≥ 11 g/dl**

Suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar e 5mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana de gestação. Orientar para ingerir uma hora antes das refeições, de preferência com suco de frutas cítricas.

- **Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl**

Indicado uso de sulfato ferroso: (120 a 240 mg de ferro elementar/dia), de 3 a 6 drágeas de sulfato ferroso/dia, VO, uma hora antes das principais refeições.

Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação e repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

- **Hemoglobina ≤ 8 g/dl:**

A gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO – SAÚDE DE FERRO

A suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico está indicada, rotineiramente, para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação e de sulfato ferroso para mulheres até o 3º mês pós-parto ou pós-aborto, de acordo com o Protocolo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro – Saúde de Ferro (Ministério da Saúde, 2006).

Cronograma da distribuição dos suplementos nas Unidades Básicas de Saúde:

- Para gestantes – a cada mês: 30 comprimidos de 40mg de sulfato ferroso e 30 comprimidos de 5mg de ácido fólico;
- Para as mulheres até o 3º mês de pós-parto ou pós-aborto – a cada mês: 30 comprimidos de 40mg de sulfato ferroso.



As gestantes e mulheres até o 3º mês de pós-parto ou pós-aborto devem ser orientadas:

- Tomar o suplemento no mesmo horário todos os dias, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da refeição), de preferência com suco de alimentos ricos em vitamina C e nunca com leite;
- Caso haja esquecimento de suplementar na hora de costume, tomar o suplemento logo em seguida e manter a mesma rotina habitual;
- O uso do sulfato ferroso na gravidez muitas vezes é associado às náuseas na gestante, podendo gerar resistência em continuar a suplementação, portanto é fundamental que a gestante seja orientada quanto à importância da suplementação de forma ininterrupta até o final da gestação;
- Em casos de intolerância tomar um comprimido de 40mg de ferro elementar pelo menos duas vezes por semana.

Atenção:

Segundo o Protocolo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro – Saúde de Ferro – as gestantes que apresentarem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como anemia falciforme, não devem ser suplementadas com ferro, ressalvadas aquelas que tenham indicação médica. Havendo suspeita dessas doenças, a suplementação não deverá ser iniciada até a confirmação do diagnóstico.

Algumas recomendações nutricionais são importantes para a prevenção e o tratamento das anemias carenciais. Deve-se orientar a gestante a consumir alimentos ricos em ferro, vitaminas B12, B6, vitamina C e ácido fólico. Alguns alimentos que interferem na absorção do ferro como café, chá, mate, chocolate, aveia, farelos (fibras) e refrigerantes devem ser evitados durante as refeições.

2.2.1.2 ANEMIA MEGALOBLÁSTICA

Ocasionada pela deficiência de ácido fólico e vitamina B12. Ocorre em cerca de 30% das gestações, especialmente nas gestações gemelares ou múltiplas com curto intervalo interpartal. Alguns anticonvulsivantes podem reduzir a absorção de folatos. Pacientes gastrectomizadas ou com doença de Crohn podem apresentar deficiência de vitamina B12 (MS,2010).

Diagnóstico laboratorial

Podem ser encontrados no hemograma aniso e poiquilocitose, macrovalócitos, pontilhado basófilo e de restos nucleares, neutrófilos hipersegmentados, leucopenia e plaquetopenia. Contagem de reticulócitos baixa. Dosagem de folato sérico.

Tratamento (Febrasgo, 2011)

- Ácido fólico 5 mg/dia, VO.
- Cianocobalamina 1.000 µg, IM.



2.2.1.3 ANEMIA FALCIFORME

É a doença hereditária mais comum no Brasil. Ocorre uma mutação da hemoglobina, originando no lugar da hemoglobina A (HbA) uma hemoglobina mutante chamada hemoglobina S (HbS). São anemias normocítica e normocrômica acompanhadas de hemólise. Exames laboratoriais incluem hemograma completo com contagem de reticulócitos e eletroforese de hemoglobinas.

Eletroforese de hemoglobina	Interpretação	Conduta na gestação
AA	Normal	
AS	Traço falciforme	Não tem doença e não precisa de cuidados especiais. É apenas portador.
Doença falciforme		
SS	Anemia falciforme	Encaminhar para Serviço de Referência de Alto Risco
SC, SD, S/Beta Talassemia e outras	Outras hemoglobinopatias	

Fonte: Baseado no Manual Técnico de Gestão de Alto Risco, MS, 2010.

Na gravidez podem ocorrer aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, maior incidência de aborto, retardo de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro e toxemia gravídica. As infecções respiratórias e de trato urinário são mais frequentes. Doenças que cursam por acúmulo de ferro, como anemia falciforme, não devem ser suplementadas com ferro, exceto aquelas que tenham indicação médica.

2.2.1.4 TALASSEMIA

Hemoglobinopatia de transmissão hereditária. Anemia microcítica hipocrômica.

Diagnóstico

Hemácias com morfologia anormal - micrócitos, acantócitos e células em alvo. Contagem de reticulócitos e dosagens de ferro normais. Eletroforese de hemoglobina-ver quadro a seguir.

Gestantes com beta talassemia minor apresentam anemia microcítica que não interfere na gestação. Podem apresentar uma maior incidência de restrição de crescimento intrauterino e oligodrâmnio, mas o prognóstico perinatal não se altera. O curso das gestações em portadoras de alfa talassemia minor é semelhante ao de gestantes normais (MS, 2010).



β TALASSEMIA (forma mais comum da doença)					
Síndrome	Hb A	Hb A2	Hb F	Sinais e sintomas	Conduta
βTalassemia <i>minor</i>	80-95%	4-8%	1-5%	Anemia microcítica leve.	Manter hemoglobina em torno de 10g/dl. Evitar suplementação rotineira de ferro. O ácido fólico pode ser utilizado.
βTalassemia intermediária	0-30%	0-10%	6-100%	Anemia hemolítica crônica	Encaminhar para Serviço de Refer. de Alto Risco.
βTalassemia <i>major</i>	0-10%	4-10%	90-96%	Anemia grave. Hepatoesplenomegalia e icterícia.	Encaminhar para Serviço de Refer. de Alto Risco.
α TALASSEMIAS					
Síndrome	Hematócrito	Volume Corpuscular Médio	Sinais e sintomas	Conduta	
Portador silencioso	Normal		Assintomático		
Talassemia <i>minor</i>	32-40%	60-75	Leve anemia microcítica	Manter hemoglobina em torno de 10g/dl. A suplementação rotineira de ferro deve ser evitada. O ácido fólico pode ser utilizado.	
Doença da hemoglobina H	22-32%	60-70	Anemia hemolítica variável e esplenomegalia.	Encaminhar para Serviço de Refer. de Alto Risco.	

Fonte: Baseado em Lange. Medicina, diagnóstico e tratamento, 2011.



2.2.2 HIPEREMESE

Caracterizada por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação. Pode ocasionar desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos. Nos casos graves pode evoluir para insuficiência hepática, renal e neurológica.

Pode estar associada à gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes, isoimunização Rh, aspectos emocionais e adaptações hormonais.

Outras causas de vômitos devem ser afastadas como úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal e infecções intestinais.

Conduta

- Apoio psicológico;
- Orientação alimentar;
- Tratamento consiste na administração de antiemético por via oral ou intramuscular (Metoclopramida-10mg de 6/6 h),
- Casos refratários devem ser encaminhados para a maternidade de referência para avaliação e conduta.

2.2.3 SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

As principais situações hemorrágicas na gestação são:

Na primeira metade: abortamento, descolamento corioamniótico, prenhez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional.

Na segunda metade: placenta prévia, rotura uterina, vasa prévia e o descolamento prematuro da placenta.

ABORTAMENTO

É a interrupção da gravidez antes da 22ª semana de gestação. Pode ser precoce quando ocorre até a 13ª semana e tardio quando entre 13ª e 22ª semanas (Manual de Gestação de Alto Risco, MS, 2010).

Considerar clinicamente o atraso menstrual, a perda sanguínea e a dor em baixo ventre.

No exame especular, a visualização do sangramento de origem cervical, às vezes, com fragmentos placentários no canal cervical e na vagina. Colo permeável.

Dados ultrassonográficos do abortamento incompleto evidência aumento do volume uterino, ausência de embrião e a presença de restos ovulares.

Orientação: encaminhar a gestante para maternidade de vinculação para avaliação e conduta.

AMEAÇA DE ABORTO

Sangramento vaginal discreto ou moderado, sem modificação cervical. A sintomatologia é discreta ou ausente.



Exame especular: sangramento de pequena quantidade proveniente do canal cervical ou no fundo vaginal. Ao toque vaginal, o colo uterino fechado (impervio) e bem formado, o útero compatível com a idade gestacional e os anexos e fundos de saco normais e livres. Solicitar ultrassonografia que no aborto evitável evidenciará a presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo com o saco gestacional regular.

Tratamento

Após a confirmação diagnóstica ecográfica da viabilidade da gestação, indicar:

- Repouso no leito;
- Abstinência sexual;
- Uso de antiespasmódicos: hioscina, um comprimido, VO, de 8/8 horas, se necessário, por tempo limitado;
- Uso de tocolíticos não é eficiente.

Orientação: encaminhar para a maternidade de vinculação para avaliação e conduta.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

É a implantação do óvulo fecundado fora da cavidade uterina.

Clínica: história de atraso menstrual, teste de gestação positivo, perda sanguínea uterina, lipotímia e dores no baixo ventre.

No exame físico: sinais de irritação peritoneal e hipotensão. No toque colo amolecido e presença ou não de aumento uterino. Dor e/ou tumor à palpação de anexos.

Ultrassonografia: A visualização do saco gestacional e embrião com BCF fora do útero confirma gravidez ectópica. Tumoração anexial com presença de líquido livre no fundo de saco posterior aumenta substancialmente a suspeita diagnóstica, devendo ser correlacionado com o exame clínico e o β -HCG (Manual de Gestação de Alto Risco, MS, 2010).

Orientação: encaminhar à maternidade com urgência para avaliação e conduta.

MOLA HIDATIFORME

Clínica

- Sangramento vaginal discreto e intermitente, indolor;
- Eliminação de vesículas (sinal patognomônico);
- Altura uterina ou volume uterino incompatíveis com a idade gestacional;
- Hiperêmese;
- Hipertensão arterial precoce (pré-eclâmpsia antes da 20ª semana de gestação);
- A complementação diagnóstica é dada pela ultrassonografia. As imagens típicas são “flocos de neve” no interior do útero.

Orientação: encaminhar à maternidade de vinculação para avaliação e conduta.



DESCOLAMENTO CORIOAMNIÓTICO

Sangramento genital discreto. Diagnóstico por exame ultrassonográfico. A evolução normalmente é boa.

Conduta conservadora. Repouso até a cessar o sangramento, uso de antiespasmódicos, se necessários.

Orientação: encaminhar à maternidade de vinculação para avaliação e conduta.

PLACENTA PRÉVIA

A implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. Multíparas e gestantes com antecedentes de cesáreas são consideradas de maior risco. Outros fatores associados são tabagismo, gemelaridade e intervenções uterinas prévias como miomectomia e curetagem.

Clínica

- Sangramento vaginal de início súbito, cor vermelha viva, de quantidade variável e indolor, no segundo ou terceiro trimestre da gestação;
- Sangramento recorrente e progressivo;
- Volume e tônus uterino normais;
- Apresentação fetal anômala é comum;
- Batimentos cardíacos fetais normais;
- Especular, realizado cuidadosamente, evidencia sangramento proveniente da cavidade uterina (**evitar** a realização de toque vaginal).

Diagnóstico de certeza pelo exame ultrassonográfico.

Conduta

- Encaminhar para avaliação do pré-natal de alto risco, com diagnóstico ecográfico;
- Com sangramento, encaminhar imediatamente à maternidade de alto risco.
- No pré-natal, em gestantes Rh negativo, deve ser feita a prescrição de imunoglobulina anti-D quando ela apresentar sangramento (Manual de Gestação de Alto Risco, MS, 2010).

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)

É o descolamento abrupto da placenta antes do parto. Ocorre em 1 a 2% das gestações. O diagnóstico do DPP é clínico.

Clínica

- Dor abdominal súbita de intensidade variável;
- Perda sanguínea de cor vermelha escura e em quantidade, às vezes, pequena, incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque. Às vezes,



sangramento oculto;

- Útero hipertônico, doloroso, sensível a palpação;
- Batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes;
- Comprometimento do estado geral materno, até choque e distúrbios da coagulação sanguínea;
- Associação com hipertensão arterial, polidrâmnio, gestação gemelar, trauma abdominal e uso de drogas ilícitas, como a cocaína e o crack.

Orientação: encaminhar à maternidade de vinculação com urgência para avaliação e conduta.



*Prevenção e tratamento
das infecções maternas
e congênitas*



3. Prevenção e tratamento das infecções maternas e congênicas

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.

3.1.1 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 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 há menos de 4 meses têm avidéz fraca (baixa) ou intermediária, sugerindo doença recente, enquanto que anticorpos antigos têm avidéz forte (alta), 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 pode



representar anticorpos maternos transferidos passivamente. Na criança não infectada, os anticorpos IgG desaparecem gradativamente até os doze meses e os IgM estarão sempre negativos. Ao contrário, na criança infectada, os níveis de anticorpos IgG permanecem elevados ou ascendentes enquanto os IgM podem ou não estar reagentes.

3.1.2 SOROLOGIA E CONDUTA NA GESTAÇÃO

SOROLOGIA E INTERPRETAÇÃO		
Sorologia no 1º trimestre da gestação	Interpretação	Conduta
IgG e IgM não reagentes	Gestante suscetível, nunca foi infectada.	Sorologia trimestral e <u>medidas educativas preventivas</u> . A soroconversão impõe tratamento.
IgG reagente e IgM não reagente	Doença adquirida antes da gestação. Imunidade. O feto não tem risco exceto em casos de imunossupressão materna.	<u>Não necessita repetir exame na gestação</u> . Se for o primeiro exame no 3º trimestre, reavaliar todos os dados. Obs: se imunossupressão materna repetir sorologia no 2º e 3º trimestres.
IgG não reagente e IgM reagente	Infecção muito recente ou falso positivo de IgM	<u>Iniciar espiramicina imediatamente</u> . Repetir sorologia em 2 a 3 semanas: -Se IgG reagente e IgM reagente: <u>doença aguda</u> inicial. Encaminhar para a Referência de Gestação de Alto Risco. -Se IgG não reagente e IgM não reagente: falso positivo de IgM. Não há doença mas pode infectar-se, <u>orientar prevenção</u> . Suspender o uso da espiramicina. -Se resultar igual, sem relevância clínica, considerar como IgM falso positivo e orientar prevenção. Suspender o uso da espiramicina.



SOROLOGIA E INTERPRETAÇÃO		
IgG reagente IgM reagente	Pode ser infecção aguda (recente) ou infecção crônica com IgM residual. Realizar prova de avididade para IgG.	Se infecção recente: • Iniciar o tratamento; • Encaminhar para a Referência de Gestação de Alto Risco.
	- <u>Se avididade fraca (baixa) ou intermediária:</u> doença recente - <u>Se avididade forte (alta) e > 16 semanas gest.:</u> conduta como infecção recente. - <u>Se avididade forte (alta) e ≤ 16 semanas gest.:</u> doença antiga.	

Referência: texto do Manual de Alto Risco, Febrasgo, 2011 e Manual de Gestação de Alto Risco, MS, 2010.

3.1.2.1 MEDIDAS DE PREVENÇÃO

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

- Evitar contato com animais (gatos, etc.), sempre que possível;
- Se tiver gatos em casa, procurar alimentá-los com carne cozida ou ração e manusear com luvas os materiais contaminados com fezes de gatos; em seguida, lavar as mãos com água e sabão; evitar que os animais saiam de casa;
- Evitar consumir carnes (principalmente de porco e carneiro) e frutos do mar crus, mal cozidos e defumados;
- Preparar a carne antes dos outros alimentos. Após o manuseio da carne crua, usando ou não luvas, lavar com água e sabão as mãos, os utensílios, a pia e a mesa de preparo;
- 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;
- Utilizar água filtrada.

3.1.2.2 GESTANTE COM DOENÇA ANTIGA

Devem-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.

3.1.2.3 GESTANTE COM DOENÇA RECENTE

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

A unidade de saúde deve iniciar o tratamento e encaminhar para Referência de Alto Risco.

Esquema terapêutico:

A espiramicina é usada de forma contínua até a 16ª semana de gestação.

A partir deste período e até a 33ª semana (17 a 33 semanas) substituir por sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico (SPAf).

A partir da 34ª semana até o parto, a espiramicina volta a ser usada de forma contínua.

O quadro a seguir sintetiza o esquema terapêutico preconizado para toxoplasmose aguda (recente) em gestantes:

MEDICAMENTOS E DOSES RECOMENDADAS	
Medicamentos	Dose - posologia
Sulfadiazina 1 compr. = 500 mg	- Gestante ≥ 40 kg = 4 comprimidos via oral a cada 12 horas. - Gestante com MENOS de 40 kg: calcular 50mg/kg/dose de 12/12 h ATENÇÃO: a dose máxima é de 4 g ao dia.
Pirimetamina 1 compr. = 25 mg	Dose inicial nos 2 primeiros dias 50 mg de 12/12 horas por 2 dias
	Dose de manutenção 1 compr. 25 mg de 12/12 horas
Ácido folínico (não utilizar ácido fólico) 1 compr. = 15 mg	15 mg (1 compr.) ao dia (manter durante e até 1 semana após ter completado o tratamento com pirimetamina)
Espiramicina 1 compr. = 500 mg	1g (2 compr. 500 mg) de 8/8 horas



ESQUEMA DE TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	
Semanas de gestação	Esquema terapêutico
Até a 16ª semana	Espiramicina
Da 17ª a 33ª semana	Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido folínico (SPAf)
A partir da 34ª semana até o parto	Espiramicina

Referências: Montoya e Remington, 2008 e Manual de Alto Risco da Febrasgo, 2011.

CONSIDERAÇÕES GERAIS QUANTO AO ESQUEMA TERAPÊUTICO

- A **sulfadiazina** está contraindicada a partir da 34ª semana de gestação pelo risco de desenvolver *kernicterus* no recém-nascido;
- A **pirimetamina** é teratogênica e não deve ser utilizada no primeiro trimestre de gestação;
- A **pirimetamina** pode causar anemia megaloblástica, plaquetopenia, leucopenia ou pancitopenia e preconiza-se hemograma mensal de controle da gestante. Na presença de alterações, deve-se suspender o uso de SPAf por um mês e substituir por espiramicina;
- O ácido folínico deve ser administrado até uma semana após o término do uso da pirimetamina;
- Gestantes com intolerância gastrointestinal efetiva ou alterações hematológicas (sinais de toxicidade) deverão manter o tratamento da toxoplasmose gestacional com **espiramicina** até o final da gravidez;
- 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 necessária a realização de novos exames, nem de acompanhamento específico da puérpera;
- Orientar a puérpera que o tratamento visa somente impedir a transmissão vertical e que não há risco para ela nem para gestações futuras;
- Não há necessidade de solicitar nova sorologia em gestantes com sorologia anterior comprovando doença antiga, porque o risco de reativação da doença é muito pequeno, com exceção das gestantes com imunodepressão;
- A medicação para o tratamento está disponível através da assistência farmacêutica (NAAPS), sendo liberada pelo Distrito Sanitário mediante solicitação e notificação epidemiológica;
- Depois de confirmado o diagnóstico (definição de toxoplasmose aguda/recente ou antiga) não há necessidade de se repetir a sorologia da gestante. Estes exames só devem ser repetidos no pré-natal quando houver dúvidas quanto ao diagnóstico ou em gestantes suscetíveis ou imunodeprimidas.



COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto a equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

- 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 prescrito;
- A unidade de saúde deve iniciar o tratamento nos casos recomendados e encaminhar para a Referência de Gestação de Alto Risco;
- Instituir tratamento de acordo com o esquema recomendado em 100% das gestantes com diagnóstico confirmado de toxoplasmose aguda/recente, visando reduzir a transmissão transplacentária do *Toxoplasma gondii*.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE RISCO

- Realizar pré-natal de todas as gestantes com toxoplasmose gestacional;
- Realizar o parto e encaminhar à Unidade Básica de Saúde para a consulta puerperal e planejamento familiar;
- Realizar investigação e seguimento do recém-nascido.

3.2. TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. A forma congênita ocorre por transmissão transplacentária, quando a gestante apresentar infecção aguda/recente ou imunossupressão, situação em que pode infectar o feto por reativação ou reinfeção.

A gravidade da infecção fetal é inversa ao risco de contaminação: quanto mais precoce a infecção materna, menor é o risco de contaminação fetal. Contudo, o comprometimento fetal é maior quando este é acometido no início da gestação. A equipe de saúde deve avaliar a situação da gestante quanto à infecção por toxoplasmose, classificando-a em: suscetível, doença recente ou doença antiga, de acordo com a investigação sorológica (vide quadro “Sorologia e Interpretação” do cap. anterior – Toxoplasmose materna).



3.2.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Infecção subclínica:

Corresponde à maior parte dos casos de doença congênita. A criança não apresenta sinais ou sintomas ao nascer. Estes lactentes podem permanecer sem sintomas nem sequelas da infecção; entretanto, mesmo quando são assintomáticos ao nascimento, podem desenvolver sintomas ou sequelas meses ou anos após o nascimento.

Doença manifesta no período neonatal:

- Forma neurológica - resulta da infecção fetal precoce na gravidez. Pode apresentar: calcificações intracranianas, hidrocefalia e microcefalia, alteração de líquido, convulsões e coriorretinite;
- Forma generalizada - resulta da infecção tardia na gravidez. Pode apresentar: hepatoesplenomegalia, coriorretinite, linfadenopatia, alteração de líquido, icterícia, anemia e trombocitopenia. Pode haver alteração líquórica, mas geralmente não há sinais clínicos de comprometimento neurológico.

Doença manifesta após o período neonatal:

- Pode apresentar coriorretinite (sequela mais frequente), estrabismo, retardo neuropsicomotor, surdez, hidrocefalia e convulsões.

Sequela ou reativação de infecção prévia, não diagnosticada:

- Casos diagnosticados tardiamente, mas relacionados à infecção congênita.

3.2.2 CONDUTA

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- **Quando investigar:**
 - Recém-nascidos sintomáticos ou
 - Recém-nascidos com IgM positivo ou
 - Recém-nascidos de mãe com toxoplasmose aguda ou recente durante a gestação.
- **Exames indicados para a investigação de recém-nascidos de mães com toxoplasmose aguda ou recente durante a gestação:**
 - Hemograma completo: avaliar anemia, plaquetopenia ou eosinofilia;
 - Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM);
 - RX de crânio: detectar presença de calcificações cerebrais;
 - Ultrassonografia transfontanelar (USGT): detectar calcificações cerebrais, dilatações ventriculares, necrose por infarto periventricular ou outras alterações; Obs. Em crianças com diagnóstico confirmado de toxoplasmose congênita realizar tomografia de crânio, ao invés da USGT e RX de crânio;



- Exame oftalmológico para análise do fundo de olho: quando houver detecção de sinais de coriorretinite ou uveíte em atividade, associar precocemente o tratamento com corticóide (prednisona ou prednisolona);
- Iniciar o tratamento de acordo com o esquema terapêutico preconizado por este protocolo, nos casos indicados;
- Líquor (cito-bioquímica com sorologia para toxoplasmose) está indicado nos casos de toxoplasmose congênita confirmada;
- Realizar exame anatomopatológico de tecido placentário e pesquisar a infecção pelo *Toxoplasma gondii*;
- Orientar a mãe para retorno na UBS, até o 10º dia de vida, para o atendimento de puericultura;
- Notificar todos os casos suspeitos;
- Agendar consulta com 1 mês de vida na referência de infectologia pediátrica.

COMPETE À UBS

Apesar da criança estar acompanhando na referência, a UBS deve ser responsável pelo acompanhamento e cuidados da puericultura, esquema vacinal de rotina e orientações sobre os sinais clínicos de toxoplasmose.

EVOLUÇÃO E CONDUTA nos recém-nascidos expostos à toxoplasmose durante a gestação:

a) Casos descartados:

- Recém-nascidos com IgG e IgM negativos.
- Conduta:
 - Alta da referência e acompanhamento de rotina na puericultura da UBS;

b) Casos suspeitos:

- Crianças sintomáticas ou não, cuja mãe foi diagnosticada com toxoplasmose aguda/recente durante a gestação;
- Crianças com sinais ou sintomas da doença: hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia, linfadenopatia, baixo peso, prematuridade, coriorretinite, nistagmo, estrabismo, iridociclite, microcefalia, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, convulsão e alterações do líquido;
- Conduta:
 - Solicitar IgG e IgM para toxoplasmose e hemograma a ser realizado no 15º dia de vida do RN, para que o resultado seja levado à consulta de 30 dias na referência;
 - Monitorar a marcação e comparecimento na Referência de Infectologia Pediátrica, previamente agendada pela maternidade para o 30º dia de vida;
 - Encaminhar para a Neurologia / Recém-nascido de Risco;
 - Dispensar a medicação e monitorar seu uso adequado em todos os RN de mães com toxoplasmose gestacional aguda/recente confirmada.



c) Casos em investigação:

- Crianças com títulos de IgG decrescentes e IgM negativo aos 30 dias de vida e sem uso de medicação. Conduta:
 - Realizar IgG quantitativo a cada 3-4 meses, até negativação;
 - Agendar retorno para a Infectologia Pediátrica aos seis meses de vida;
 - Orientar o responsável pela criança para levar o resultado dos exames à consulta no serviço de referência;
 - Monitorar o caso até a negativação da sorologia.
- Crianças com títulos de IgG decrescentes e IgM negativo aos 30 dias de vida e em uso de medicação. Conduta:
 - Realizar IgG quantitativo mensal, até suspensão da medicação;
 - Orientar retorno para a Infectologia Pediátrica conforme agendamento do serviço;
 - Orientar o responsável pela criança para levar o resultado dos exames à consulta no serviço de referência;
 - Monitorar o caso até a negativação da sorologia.

d) Casos confirmados:

- **Crianças expostas à toxoplasmose durante a gestação, com ou sem manifestações clínicas e**
 - Títulos de IgM positivos no recém-nascido após a 1ª semana de vida e/ou
 - Títulos de IgG persistentemente elevados ou em ascensão e/ou
 - Presença de *Toxoplasma gondii* em tecido placentário.
- **Conduta:**
 - Realizar visita domiciliar bimestral;
 - Referenciar à Recém-nascido de Risco / Neurologia e Infectologia Pediátrica para acompanhamento;
 - Orientar e monitorar o uso da medicação: durante o uso da medicação, as crianças devem realizar hemograma de controle mensalmente (para investigar anemia megaloblástica, plaquetopenia e neutropenia);
 - Avaliar se realizaram avaliação auditiva (PEATE), oftalmológica e neurológica (retornos a cada 3 – 6 meses ou de acordo com a solicitação da especialidade envolvida, pelo menos nos primeiros dois anos de vida);
 - Monitorar o comparecimento às consultas especializadas e eventuais intercorrências.

3.2.3 TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

- **Criança assintomática**, IgG reagente e IgM não reagente, cuja mãe teve infecção aguda ou recente confirmada na gravidez:
 - Realizar uma série de sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico (SPA_f) por



30 dias e investigar para avaliar a necessidade de continuidade do tratamento;

• **Criança com doença confirmada:**

- Administrar sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico (SPAf) até completar 1 ano (12 meses) de tratamento;
- Prednisolona 0,2ml/kg/dose via oral de 12 em 12 horas se coriorretinite ou encefalite (proteínoorraquia > 1g/dL). Lembrar de fazer a retirada gradual deste corticóide quando os sinais inflamatórios tiverem regredido;
- O tratamento só deve se prolongar por um período maior que 12 meses se houver reagudização do quadro oftalmológico ou neurológico;

Durante o uso da medicação (SPAf), as crianças devem realizar hemograma de controle mensal (investigar neutropenia, anemia megaloblástica e plaquetopenia).

- Se neutropenia < 1.000 cel/ml, fazer o ácido folínico em dose dobrada (20mg/dia ou 10ml/dia) via oral diariamente até normalização do leucograma;
- Se neutropenia < 500 cel/ml, além do ácido folínico diário em dose dobrada, suspender pirimetamina por duas semanas (15 dias) e repetir o hemograma. Se normalizar e a pirimetamina puder ser reintroduzida, manter SPAf com ácido folínico diário em dose dobrada (20mg/dia ou 10ml/dia). Caso mantenha neutropenia, assim como demais parâmetros de toxicidade medular (principalmente a plaquetopenia), o SPAf deverá ser substituído pela monoterapia com espiramicina.

Nestes casos, entrar em contato com a referência (infecologia pediátrica) que acompanha o paciente, para reavaliação do caso.

Medicamentos para tratamento de toxoplasmose congênita:

Os medicamentos para tratamento da toxoplasmose congênita são preparados em farmácia de manipulação. Nas últimas semanas de gestação, a Unidade Básica de Saúde anexa na carteirinha da usuária os “vales” dos seguintes medicamentos:

- Sulfadiazina suspensão oral de 100 mg/mL.
- Pirimetamina suspensão oral de 2 mg/mL.
- Ácido folínico suspensão oral de 2 mg/mL.

Estes vales deverão ser trocados pelos medicamentos na farmácia de manipulação (o endereço da farmácia consta no verso dos vales) por familiares ou responsáveis pela gestante, quando a mesma estiver internada na maternidade.



MEDICAMENTOS E DOSES RECOMENDADAS		
Medicamentos	Dose	Posologia
Sulfadiazina (suspensão 100 mg/ml)	100 mg/kg/dia	0,5 ml/kg/dose, VO, de 12/12 h, por 12 meses.
Pirimetamina (suspensão oral de 2 mg/ml)	Dose de ataque: 2 mg/kg/dia	1 ml/kg, VO, 1 x ao dia, por 2 dias.
	Dose de manutenção: 1 mg/kg/dia	0,5 ml/kg, VO, 1 x ao dia, por 2 meses. Nos dez meses subsequentes fazer 3 dias por semana (ex.: 2ª, 4ª e 6ª feira).
Ácido Fólico (suspensão oral 2 mg/ml)	30 mg/semana	5 ml, VO, 1 x ao dia, 3 dias na semana: (ex.: 2ª, 4ª e 6ª feira). Manter até 1 semana após suspensão da pirimetamina.
Prednisolona (solução 3 mg/ml)	1 a 1,5 mg/kg/dia	0,2 ml/kg/dose, VO, de 12/12 h
Espiramicina (suspensão oral 100 mg/ml)	100 mg/kg/dia	0,5 ml/kg/dose, VO, de 12/12 h. Poderá ser utilizada nos casos de toxicidade às demais drogas.

3.3. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

As recomendações abaixo são baseadas:

- No Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis. Ministério da Saúde, 2007.
- Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Ministério da Saúde, 2010.
- Manual Técnico Gestação de Alto Risco, Ministério da Saúde, 2010.

Existindo outras publicações do Ministério da Saúde, posteriores a esta edição de 2010, sugerimos consultar.



O HIV/AIDS é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo 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. Em crianças, a principal forma de transmissão é a 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.

Parte considerável dos diagnósticos na população feminina ocorre durante o período gestacional. A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, no trabalho de parto, no parto propriamente dito através do contato com as secreções cérvico-vaginais e o sangue materno ou ainda na amamentação. Cerca de 65% da transmissão ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão que se situa entre 7 a 22%.

Sem qualquer intervenção durante a gestação, as taxas de transmissão situam-se entre 25 e 30%. Desse percentual, 75% referem-se à transmissão intraparto e 25% à transmissão intraútero. Com a aplicação de todas as intervenções preconizadas, o risco de transmissão vertical situa-se entre 1 a 2%.

Fatores associados ao aumento do risco de transmissão vertical do HIV:

- **Virais:** a carga viral elevada é o principal fator de risco associado à transmissão vertical do HIV. Existem subtipos com maior virulência (MS, 2010);
- **Maternos:** estado clínico e imunológico comprometido, estado nutricional deficiente, a presença de doenças oportunistas, outras DST, incluindo as vaginites. A sífilis pode acarretar dano placentário aumentando o risco de transmissão intraútero;
- **Comportamentais:** Relações sexuais desprotegidas, sem uso de preservativos. O uso de drogas ilícitas pode levar a alteração placentária, aumentando a sua permeabilidade e facilitando a transmissão intraútero;
- **Obstétricos:** Amniocentese, trabalho de parto prolongado e tempo de ruptura das membranas amnióticas (quanto maior o tempo de ruptura, maior o risco de transmissão, especialmente quando superior a 4 horas), via de parto, presença de hemorragia intraparto e parto instrumentalizado. É maior a transmissão no 3º trimestre, devendo toda gestante estar em tratamento neste período;
- **Inerentes ao recém-nascido:** prematuridade e baixo peso ao nascer;
- **Aleitamento materno:** risco adicional de 7 a 22 % de transmissão;
- **Fatores imunológicos.**



3.3.1 EVOLUÇÃO NATURAL DA DOENÇA

A infecção pelo HIV-1 cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda que pode ser assintomática, oligossintomática ou se manifestar como síndrome retroviral aguda até a fase avançada da doença (AIDS). Em indivíduos não tratados, estima-se em 10 anos o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença (MS, 2008).

Síndrome Aguda

Ocorre logo após a exposição ao HIV em cerca de 50 a 90% dos indivíduos. Caracterizada por uma doença transitória sintomática.

Os principais sintomas e sinais são: febre, linfadenopatia, faringite, exantema, mialgia, artralgias, trombocitopenia, leucopenia, diarreia, cefaléia, náuseas e vômitos, aumento das transaminases, hepatoesplenomegalia e candidíase oral.

O diagnóstico geralmente passa despercebido ou pelo caráter inespecífico ou pela ausência de sintomas.

Latência clínica e fase sintomática

Exame físico é normal, exceto a possibilidade de linfadenopatia, na fase de latência clínica.

Podem estar presentes a plaquetopenia, anemia, leucopenia, foliculites, molusco contagioso, dermatite seborréica antes do aparecimento de doenças definidoras de AIDS (MS, 2008).

Enquanto a contagem de linfócitos T-CD4+ permanecer acima de 350 células/mm³, as infecções bacterianas são os episódios mais frequentes. Com o evoluir da infecção, observam-se apresentações atípicas das infecções ou reativação de infecções antigas como tuberculose e toxoplasmose e resposta tardia a antibióticos.

Com a progressão da infecção podem ocorrer febre baixa, sudorese noturna, fadiga, diarreia crônica, alterações neurológicas, infecções bacterianas e diminuição da contagem de linfócitos T-CD4+ (entre 200 e 300 células/mm³).

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

É caracterizada pelo surgimento de infecções oportunistas e de neoplasias. As infecções mais comuns são: pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, esofagite fungica, toxoplasmose do SNC, meningite e retinite. As neoplasias mais frequentes são: sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin e câncer de colo uterino. Geralmente a contagem de linfócitos T-CD4+ está abaixo de 200 células/mm³.

3.3.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E CONDUTA NA UBS

Para realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV são adotados os procedimentos sequenciados do “Fluxograma mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses”, de



acordo com a Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADO NÃO REAGENTE

A amostra com resultado não reagente, no teste da Etapa I, será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV”. Nesse caso, o diagnóstico é concluído, não havendo necessidade de realização de nenhum teste adicional, exceto pela suspeita de soroconversão (janela imunológica). Caso exista suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deve ser coletada 30 dias após a data da primeira (MS, 2010).

Conduta

- Orientar a paciente quanto aos modos de transmissão;
- Repetir próximo à 30ª semana de gestação (no início do 3º trimestre);
- 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”.

Janela imunológica é o tempo entre a exposição do indivíduo ao vírus e o surgimento de marcadores detectáveis no organismo (antígeno ou anticorpo). O diagnóstico laboratorial é dependente do tempo decorrido entre a infecção do indivíduo e sua resposta imunológica (MS, 2010).

RESULTADO REAGENTE

O diagnóstico deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem: Etapas I e II. A amostra com resultado reagente no teste da Etapa I deverá ser submetida à Etapa II. Diante de resultados reagentes, nos testes das Etapas I e II, o laboratório liberará o laudo como “Amostra Reagente para HIV” e solicitará a coleta de uma segunda amostra para a comprovação do resultado da primeira.

Após a coleta, essa segunda amostra será submetida à Etapa I. Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado é liberado como “Amostra Reagente para HIV”. Nesse caso, o diagnóstico estará definido (MS, 2010).

Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em mulheres não grávidas, homens e crianças e podem se produzir em algumas situações clínicas, como no caso de doenças auto-imunes. Nessas situações, a história clínica, das exposições de risco de transmissão do HIV e o resultado laboratorial devem orientar a investigação. A testagem deve ser repetida em uma nova amostra para a exclusão do diagnóstico (MS, 2010).

Conduta

- 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 antirretroviral para a mãe e seu bebê;
- 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. Rastreamento e tratamento precoce de DST;
- Discutir a necessidade de testagem do parceiro;
- Se há história de tratamento anterior com ARV, tempo de uso, medicações em uso para readequar, etc.;
- Abordar quanto ao uso de álcool e outras drogas, principalmente na gestação;
- A orientação para evitar a amamentação natural deve começar no pré-natal;
- Solicitar CD4 e carga viral;
- Os critérios da terapia antirretroviral combinada para as gestantes dependem da idade gestacional, clínica, terapia antirretroviral prévia, carga viral e CD4. Esta prescrição deverá ser realizada pelos Serviços de Referência de Alto Risco;
- Notificar ao Distrito Sanitário (DS) via Ficha Individual de Notificação (FIN) de “Gestante HIV + e Criança exposta” e “AIDS (pacientes 13 anos ou mais)”;
- 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;
- Encaminhar a gestante ao Serviço de Referência de Alto Risco, via Central de Marcação de Consultas, para seguimento e tratamento de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde vigente.
Obs: Se encaminhamento para Hospital de Clínicas proceder ao fluxo da seguinte maneira no sistema: Médico Ginecologista obstetra - obstetrícia imunodeficiência;
- 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 UBS ou o Hospital de Referência;
- 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.

PARA GESTANTES HIV POSITIVO SOLICITAR:

- **CD4 e Carga Viral;**
- **Sorologia para hepatite C;**
- **Prova Tuberculínica (Reação de Mantoux):**

Agendamento nos seguintes locais via telefone:

- UBS Bairro Alto; - UBS Campina do Siqueira;
- UBS Vila Hauer; - UBS Vila Verde;
- UBS Maria Angélica; - US Especializada Mãe Curitibana;
- Centro de Especialidade Salgado Filho;
- Centro de Especialidade Bairro Novo.



RESULTADOS INDETERMINADOS

Podem ser encontrados na fase de soroconversão, na fase terminal da doença, em casos de doenças autoimunes ou outros agravos que se ligam casualmente como uma reação cruzada.

Um resultado reagente no teste da primeira etapa e não reagente ou indeterminado no teste da segunda etapa deve chamar a atenção para a possibilidade de soroconversão em curso e gera um resultado indeterminado. Após 30 dias desse primeiro resultado, o teste da Etapa II já poderá ser reagente, o que não ocorre no caso de resultado falso-positivo, em que a reatividade inicial desaparece ou é mantida sem soroconversão. Os testes de biologia molecular podem contribuir para o esclarecimento do diagnóstico, principalmente quando se tratar do final da gestação (MS, 2010).

Na gestação com resultados indeterminados na primeira amostra, realiza-se o teste na segunda amostra, além da solicitação especial para a coleta de amostra para biologia molecular para ajudar no diagnóstico.

Caso o resultado da segunda amostra persista indeterminado, o laudo será liberado como “Amostra Indeterminada para HIV” juntamente com o resultado da carga viral.

Caso o resultado da segunda amostra for não reagente, o laudo será liberado como “Amostra Não Reagente para HIV”, com a ressalva de: “Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra”.

Se o resultado com a segunda amostra for reagente, esta será submetida à Etapa II para confirmação do diagnóstico e o resultado será interpretado mediante a análise dos resultados das duas etapas (MS, 2010).

Conduta

- Esclarecer quanto ao significado do resultado;
- Resultados indeterminados podem ser observados:
 - No processo de soro conversão;
 - Fase terminal da doença;
 - Doenças autoimunes;
 - Outros agravos que se ligam casualmente, sem significado clínico, como uma reação cruzada (MS, 2010).
- Avaliar riscos para infecção pelo HIV;
- Solicitar CD4 e carga viral e encaminhar ao Serviço de Referência de Alto Risco. Obs: Se encaminhamento para Hospital de Clínicas, proceder ao fluxo da seguinte maneira no sistema: Médico Ginecologista obstetra - obstetrícia imunodeficiência.



DIAGNÓSTICO POR TESTES RÁPIDOS

É um teste de triagem rápido, eficiente e fornece o resultado em tempo inferior a 30 minutos. Está indicado em casos específicos que requerem decisão terapêutica de emergência. O Teste Rápido é preconizado para algumas situações, entre elas: gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou quando a idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto, especialmente no 3º trimestre da gestação; gestantes que estão no hospital em pré-parto ou trabalho de parto e puérperas que não realizaram investigação para HIV no pré-natal ou o resultado não está disponível e abortamento, independente da idade gestacional.

3.3.3 IMUNIZAÇÕES EM GESTANTES SOROPOSITIVAS PARA O HIV.

Não devem ser realizadas as vacinas com vírus vivos durante a gestação. Estão contraindicadas as vacinas tríplice viral (para sarampo, caxumba e rubéola) e a vacina contra a varicela. A vacina da febre amarela deve ser evitada, em situação de risco elevado, pode ser realizada a partir do 3º trimestre, sempre avaliando a relação risco-benefício.

IMUNIZAÇÕES RECOMENDADAS EM GESTANTES SOROPOSITIVAS PARA O HIV	
Imunização	Recomendação
Vacina para pneumococo	Considerada.
Vacina para tétano e difteria (dT)	Indicado reforço caso a última dose tenha sido administrada há mais de 5 anos. Se não vacinada ou o estado vacinal for desconhecido, indicar três doses.
Vacina para Hepatite B	Recomendada para as gestantes suscetíveis (Anti-HBs negativas), em situação de risco. A dose deve ser o dobro daquela recomendada pelo fabricante: momento 0,1, 2 e 6 ou 12 meses.
Imunoglobulina humana para vírus da hepatite B	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HBs negativas), as usuárias de drogas que compartilham seringas e agulhas, que tenham tido contato sexual desprotegido com pessoas HbsAg positivas ou em caso de vítimas de violência sexual. Deve ser iniciada ainda nos primeiros 14 dias de exposição.
Vacina para Hepatite A	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HAV negativas) co-infectadas com Hepatite B ou C. Realizar duas doses com intervalo de 6 meses.
Influenza	Recomenda anualmente para os infectados pelo HIV, antes do período da influenza. Vacina inativada trivalente, 1 dose anual, pode ser feita na gestação.
Imunoglobulina para vírus da Varicela zoster	Recomendada para as gestantes suscetíveis, após exposição em ambiente doméstico, hospitalar ou com vizinhos próximos.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, MS, 2010.



3.3.4 COMPETÊNCIAS

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

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, registrando no prontuário o consentimento.

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, significados dos resultados, o conceito de janela imunológica e 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 e 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).

No pré-natal

A UBS deve realizar a conduta já orientada no capítulo de Diagnóstico laboratorial e conduta, o qual especifica segundo o resultado da sorologia.

No puerpério

- 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 final da gestação, a mulher volta a se encaixar nas situações previstas pelo Protocolo de Terapia Antirretroviral de Adultos e Adolescentes (MS).

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Realizar Teste Rápido para HIV para todas as gestantes anteparto ou em trabalho de parto que não tenham realizado investigação para HIV/AIDS no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível, após o consentimento verbal e registrado no prontuário da gestante;
- Realizar acompanhamento de pré-natal de todas as gestantes HIV positivo, seguindo as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes;
- Realizar a investigação para clamídia e gonococo durante a realização do pré-natal;
- Realização e definição da via de parto segundo as orientações vigentes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

3.3.5 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

RECOMENDAÇÕES PARA INÍCIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL		
Idade Gestacional	Status clínico-laboratorial	Conduta
Após a 28ª semana de gestação.	Assintomáticas sem contagem de LT-CD4+ disponível.	Coletar CV e LT-CD4+. Iniciar imediatamente a profilaxia com TARV combinada (associação de três ARV), independente do resultado de CV e LT-CD4+.
Entre a 14ª e a 28ª semana de gestação.	Assintomáticas com contagem de LT-CD4+ ≥ 350 células/mm ³ .	Profilaxia com TARV combinada (associação de três ARV).
Independente da idade gestacional.	Assintomáticas com LT-CD4+ < 350 células/mm ³ .	Tratar + quimioprofilaxia para IO. Esta só deve ser indicada se LT-CD4+ < 200 células/mm ³ .
Independente da idade gestacional.	Sintomáticas.	Tratar + quimioprofilaxia para IO.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, MS, 2010.



Legenda:

TARV - Terapia Antirretroviral; **ARV** - Antirretroviral; **CV** - Carga Viral; **LT**- Linfócitos T; **IO** - infecção oportunista.

A profilaxia antirretroviral está indicada para gestantes assintomáticas com contagem de LT-CD4+ ≥ 350 células/mm³, devendo ser iniciada entre a 14^a e a 28^a semana de gestação e a profilaxia deve ser suspensa após o parto. Quando o diagnóstico é estabelecido tardiamente, no 3º trimestre (a partir da 28ª semana), é recomendado o início da TARV logo após a coleta dos exames, mesmo antes da obtenção de seus resultados (MS, 2010).

AZT = Zidovudina

AZT + 3 TC = Biovir

Lopinavir / Ritonavir = Kaletra

ZIDOVUDINA (AZT)

- Classe C – FDA;
- Apresentação- cápsula de 100 mg;
- Posologia: 300 mg 2 x ao dia ou 200 mg 3 x ao dia;
- Associação: AZT 300 mg + Lamivudina (3TC) 150 mg = Biovir: 1 cp 2 x ao dia;
- Efeitos colaterais: Cefaléia, febre, exantema, náusea, anorexia, vômitos, diarreia, dor abdominal, obstipação, leucopenia, anemia, trombocitopenia e fraqueza muscular (Rename- MS, 2010);
- Sem evidência de teratogenicidade em humanos. Boa tolerância, segurança de curto prazo demonstrada tanto para a mãe quanto para o bebê (MS, 2010).

LAMIVUDINA (3 TC)

- Classe C – FDA;
- Apresentação: comprimido de 150 mg;
- Posologia: 150 mg 2 x ao dia ou 300 mg 1 x ao dia. Peso < 50 kg: 2 mg/kg 2 x ao dia;
- Efeitos colaterais: exantema e/ou prurido, alopecia, cefaléia, fadiga, depressão, distúrbios do sono, tontura, dispepsia, dor abdominal, anorexia, náusea, vômitos, diarreia, lipodistrofia, hiperglicemia, hepatotoxicidade, neutropenia, anemia, trombocitopenia, artralgia, mialgia, ototoxicidade e febre (Rename, 2010). Rara



- a ocorrência de pancreatite ou neuropatia periférica (MS, 2010);
- Sem evidência de teratogenicidade em humanos. Boa tolerância, segurança de curto prazo demonstrada tanto para a mãe quanto para o bebê (MS, 2010).

LOPINAVIR/ RITONAVIR (KALETRA)

- Classe C – FDA;
- Apresentação: comprimido 200 mg + 50 mg (Rename, 2010);
- Posologia, segundo Rename, 2010:
 - dose de 800 + 200 mg de lopinavir + ritonavir, por via oral, 1 vez ao dia; OU
 - dose de 400 + 100 mg de lopinavir + ritonavir, por via oral, 2 vezes ao dia.
- Efeitos colaterais: diarreia, fadiga, cefaléia, náuseas, vômitos, aumento dos níveis de transaminases, anemia, neutropenia, trombocitopenia, dor abdominal, anorexia, parestesia, mialgia, exantema, acne, alopecia (Rename, 2010);
- Sem evidência de teratogenicidade em humanos. Boa tolerância e segurança de curto prazo (MS, 2010).

3.3.6 DEFINIÇÃO DA VIA DE PARTO

A definição da via de parto deve ser baseada no resultado da carga viral materna, realizada a partir da 34ª semana, associada à avaliação obstétrica.

Para as gestantes que chegam à maternidade em trabalho de parto e que não fizeram profilaxia antirretroviral durante a gestação, a indicação da via de parto deve levar em consideração a fase do trabalho de parto, o prognóstico do tempo de evolução para o parto e a probabilidade de intercorrências.

- Quando trabalho de parto em franca evolução, com prognóstico de nascimento rápido, deve ser indicado parto vaginal, com todos os cuidados para redução do risco de transmissão do HIV;
- Se fase inicial do trabalho de parto, com dilatação cervical de 3-4 cm, bolsa amniótica íntegra ou tempo de ruptura inferior a 2 horas, indicar cesareana imediatamente para reduzir o risco de transmissão vertical durante o trabalho de parto (MS, 2010).

CESÁREA ELETIVA

A cesárea eletiva, com a finalidade de reduzir a transmissão vertical do HIV, está indicada para gestantes que não realizaram profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação, que usaram apenas monoterapia com AZT ou que apresentem carga viral superior a 1.000 cópias/ml ou desconhecida, com 34 semanas ou mais de gestação. Quando a carga viral for inferior a 1.000 cópias/ml, a via de parto será definida por critérios obstétricos.

A cesárea eletiva deve ser realizada antes do início do trabalho de parto, membranas corioamnióticas íntegras e ser agendada para a 38ª semana de gestação. Se a gestante entrar em trabalho de parto antes da data prevista para a cesárea eletiva, estando a dilatação cervical inferior a 3 cm e as membranas amniótica íntegras, a cesárea pode ser realizada.



Considerações para operação cesariana eletiva:

- Estabelecer cuidadosamente a idade gestacional para prevenir a prematuridade iatrogênica;
- Todas as gestantes devem receber o AZT intravenoso no dia do parto, segundo as recomendações de dose de ataque e de manutenção, conforme o esquema posológico da zidovudina injetável referido neste protocolo. Deve ser iniciado 3 horas antes do início da cesárea e mantido até a ligadura do cordão umbilical;
- A ligadura do cordão umbilical deve ser feita logo após a expulsão do recém-nascido, sem ordenha;
- Proceder ao parto empelcado, sempre que possível (retirada do neonato mantendo a bolsa das águas íntegras);
- Realizar hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca dos campos secundários antes da realização da histerotomia;
- Utilizar antibiótico profilático com cefalotina ou cefazolina 2g, em dose única (ou 1g EV, 8/8h, 3 doses) logo após o clampeamento do cordão umbilical. Recomendação também aplicada na cesariana de urgência;
- Se a gestante com indicação para cesárea eletiva ($CV \geq 1000$ cópias/ml) iniciar o trabalho de parto antes da data prevista para cirurgia e chegar à maternidade com dilatação cervical menor que 3 cm, deve-se iniciar a infusão do AZT intravenosa e realizar a cesárea após 3 horas da infusão, se possível;
- No caso de ruptura das membranas amnióticas, a cesárea não reduz a transmissão vertical, porém se um longo período de trabalho de parto está previsto, deve ser realizada a cesárea, visto o aumento de chance de transmissão vertical, principalmente após 4 horas de bolsa rota e também deve ser precedida do uso endovenoso de AZT, pelo menos por 3 horas.

PARTO VAGINAL

Gestantes com carga viral menor que 1.000 cópias/ml, a definição da via de parto poderá ser discutida entre a gestante e o obstetra. O tipo de parto nessas condições, seja normal ou operatório, não altera o risco de transmissão vertical do HIV, resguardado as recomendações quanto ao manejo do parto (MS, 2010).

Cuidados gerais no trabalho de parto e no parto:

- Com condições favoráveis para parto vaginal, iniciar o AZT intravenoso na fase ativa do trabalho de parto, mantendo a infusão até o clampeamento do cordão umbilical;
- Na integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução, pelo risco de ruptura artificial das membranas e aumento de risco de transmissão vertical do HIV;
- Evitar toques desnecessários;
- Evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado. A taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota;



- Evitar os procedimentos invasivos como amniotomia, uso de fórceps, vácuo-extrator e outros. Evitar a episiotomia (sempre que possível);
- Se possível manter as membranas amnióticas íntegras até o período expulsivo;
- Clampeamento do cordão umbilical sem ordenha logo após a expulsão do recém-nascido.

MANEJO DA RUPTURA DE MEMBRANAS

Segundo as recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, MS, 2010.

• Idade gestacional inferior a 34 semanas:

- Na ausência de corioamnionite e sofrimento fetal, recomenda-se medida semi-conservadora, com observação e utilização de medicamentos que melhorem o prognóstico materno e perinatal. Sugere-se o uso de hiper-hidratação na presença de oligoâmnio; tocolise, se trabalho de parto prematuro associado e utilização de corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal;
- Está indicado o uso de penicilina G cristalina para prevenção da morbimortalidade perinatal pelo estreptococo do grupo B;
- O risco da transmissão vertical associado à ruptura das membranas deve ser contrabalançado com o risco de prematuridade, que também está associado a um maior risco de transmissão do HIV.

• Idade gestacional superior a 34 semanas:

- A resolução deve ser considerada após a infusão endovenosa do AZT;
- A escolha da via de parto depende das condições do colo uterino, da presença de atividade uterina e da carga viral indetectável;
- Nas situações em que o colo esteja desfavorável e com ausência de atividade uterina, considerar a realização de cesárea;
- Se as condições do colo forem favoráveis, gestante em uso de TARV e carga viral abaixo de 1.000 cópias/ml, a via de parto pode ser vaginal, decisão que deve ser tomada junto com a gestante.

3.3.7 PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL INTRAPARTO

- Todas as gestantes HIV positivas, independente do tipo de parto, devem receber o AZT intravenoso desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva que deve ser mantido até o clampeamento do cordão umbilical, segundo as doses preconizadas no quadro de esquema posológico da zidovudina injetável;
- Durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada, manter os medicamentos antirretrovirais orais usados pela gestante, nos seus horários habituais, independente do jejum, ingeridos com um pouco de água, inclusive durante o período de infusão venosa da zidovudina (AZT). A única droga que deve ser suspensa até 12 horas antes do início do AZT intravenoso é a estavudina;
- Gestantes com resistência ao AZT, documentada previamente e que não o te-



nam utilizado durante a gestação, devem receber o AZT intravenoso no parto (a menos que sejam alérgicas ao medicamento) e seus RN devem receber a solução oral, conforme o esquema preconizado;

- As gestantes HIV positivas que chegam à maternidade em trabalho de parto e que não fizeram terapia ARV na gestação, iniciarão imediatamente o uso de AZT endovenoso e o recém-nascido receberá o AZT por via oral, com início em até 2 horas após o nascimento (MS, 2010).

ESQUEMA POSOLÓGICO DA ZIDOVUDINA INJETÁVEL NA PARTURIENTE:

- Zidovudina: frasco ampola com 20 ml, 10mg/ml, total de 200mg;
- Infusão em acesso venoso individualizado;
- Dose de ataque de 2 mg/kg que deve correr na 1ª hora e dose de manutenção de 1 mg/kg/hora, em infusão contínua até o clameamento do cordão umbilical;
- A concentração não deve exceder 4 mg/ml;
- Se gestante com peso maior que 100 Kg calcular o volume e o gotejamento individualmente;
- Diluir em 100 ml de soro glicosado a 5% e gotejar conforme a tabela a seguir.

ESQUEMA POSOLÓGICO DA ZIDOVUDINA INJETÁVEL		
Ataque (2 mg/kg)- correr na primeira hora.		
Peso da paciente	Qtd. De Zidovudina	Número de gotas/min
40 kg	8 ml	36
50 kg	10 ml	37
60 kg	12 ml	37
70 kg	14 ml	38
80 kg	16 ml	39
90 kg	18 ml	39
Manutenção (1 m/kg/ hora) em infusão contínua		
40 kg	4 ml	35
50 kg	5 ml	35
60 kg	6 ml	35
70 kg	7ml	36
80 kg	8 ml	36
90 kg	9 ml	36

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, MS, 2010.

Na ausência do AZT injetável, a alternativa é usar o AZT oral (cápsulas de 100 mg) iniciando com 300 mg no começo do trabalho de parto e, a partir de então, 300 mg a cada 3 horas até o clameamento do cordão umbilical.



3.3.8 PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PUERPÉRIO

- A amamentação está associada a um risco de transmissão adicional de 7 a 22% (até 29% na infecção aguda materna);
- Inibir a lactação: deve ser realizada imediatamente após o parto, com cabergolina 1,0 mg (2 comprimidos de 0,5 mg), VO, em dose única;
- Recomendado enfaixamento das mamas com ataduras, por um período de 10 dias. De forma geral, em locais de clima quente os resultados do enfaixamento são muito ruins, com elevada taxa de não-inibição e elevada frequência de abscessos mamários. Portanto, o procedimento deve ser considerado como medida de exceção, apenas para os casos em que a cabergolina não esteja disponível;
- Recomenda-se a substituição do leite materno por fórmula infantil;
- São contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação por outra nutriz), alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar;
- Não utilizar estrogênio para inibir a lactação pelo risco de tromboembolismo;
- Manter a mãe e seu recém-nascido em alojamento conjunto, não há necessidade de isolamento;
- Se parceiro com situação sorológica desconhecida, realizar aconselhamento e testagem do mesmo;
- Se não houve notificação durante o pré-natal, notificar no pós-parto;
- Após a alta hospitalar, encaminhar a puérpera à UBS de origem para consulta puerperal e para planejamento familiar. Os resumos de alta devem estar detalhadamente preenchidos;
- Agendar a consulta para a mãe no pós-parto, no Serviço de Referência em HIV/AIDS no prazo máximo de 30 dias;
- Oferecer apoio psicológico e social, principalmente nas mulheres que tiveram seu diagnóstico no momento do parto.

RECOMENDAÇÕES DOS ARV NO PUERPÉRIO

Segundo as “Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008” continuar ou interromper os ARV no pós-parto vai depender da contagem de LT-CD4+, dos sintomas clínicos, coinfeções e estágio da doença materna.

- **Manter TARV:**
 - LT-CD4+ < 350 células/mm³ e/ou
 - Sintomas ou sinais de imunossupressão.
- **Suspender TARV após o parto:**
 - LT-CD4+ ≥ 350 células/mm³;
 - Assintomáticas.



3.3.9 PLANEJAMENTO FAMILIAR

- Orientar a mulher e seu parceiro sobre contracepção. Deve receber informações do risco de transmissão vertical, dos meios disponíveis para evitar a transmissão e dos meios contraceptivo;
- O período de amenorréia é geralmente menor nas mulheres que não amamentam, podendo voltar a ovular a partir de 4 semanas após o parto. Realizar orientações contraceptivas o mais precoce possível;
- Na escolha do método contraceptivo estimular sempre o uso de dois métodos, sendo um deles o preservativo;
- Uso de anticoncepcionais: não há restrição em mulheres com HIV/AIDS. Alguns antirretrovirais, principalmente os inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN) e os inibidores de protease (IP), podem alterar a segurança e a efetividade dos contraceptivos. Para maiores informações consultar o manual de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, MS, 2010. Se necessária, a contracepção de emergência pode ser utilizada obedecendo aos mesmos critérios das mulheres soronegativas para HIV;
- Uso do dispositivo intra-uterino (DIU): recomendados nas assintomáticas ou em uso de TARV clinicamente bem. Mulheres que desenvolvem AIDS em uso de DIU não necessitam removê-lo desde que tenham um seguimento clínico mais rigoroso;
- Métodos definitivos: laqueadura tubária e vasectomia. Utilizam-se os mesmos critérios para os indivíduos soronegativos para o HIV;
- Aquelas pacientes que manifestarem o desejo de engravidar, solicitar que seja realizada avaliação clínica e ginecológica, descartando e/ou tratando patologias associadas. Reduzir a carga viral e o manter o CD4 em níveis aceitáveis;
- Informar os riscos de transmissão vertical e de teratogenia ou outros problemas por exposição intrauterina e neonatal aos antirretrovirais;
- No aconselhamento das mulheres que pretendem engravidar é importante conhecer as suas condições imunológicas e a presença de co-morbidades. Incluem-se a avaliação das DST, da tuberculose, hepatite B e C, uso de drogas, fumo, álcool, as condições psicossociais, uso de antirretrovirais e outros medicamentos, bem como vacinação pré-concepção, se necessário. Os casos devem ser individualizados, sendo exhaustivamente discutidos com a mulher que deseja gestar;
- Deve ser informada do risco de transmissão vertical do HIV e das medidas para prevenção. Alguns antirretrovirais são contraindicados na gestação e devem ser substituídos por outros igualmente potentes para o controle da infecção materna;
- Orientar medidas de prevenção tanto em casais soroconcordantes ou em discordantes como o uso de preservativos. O risco de adquirir outras DST se eleva com a troca de parceiros durante o período gestacional e também a possibilidade de novas exposições ao vírus e de adquirir vírus resistentes aos antirretrovirais (parceiros experimentados em ARV).



3.3.10 CUIDADOS COM O RN EXPOSTO AO HIV

Compete ao hospital

- Aspirar delicadamente as vias aéreas do RN, evitando traumatismos em mucosas;
- Lavar RN imediatamente após o parto, com água corrente e sabão;
- Iniciar esquema da zidovudina no recém-nascido:
 - Zidovudina, solução oral, 10 mg/ml;
 - Iniciar preferencialmente até a 2ª hora pós-parto, na dose de 2 mg/kg a cada seis horas;
 - Recomendado uso durante seis semanas (42 dias).
- Solicitar um hemograma para o RN, devido à possibilidade de anemia;
- Está contraindicada a amamentação. 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 a mãe;
- Preencher a ficha de notificação epidemiológica;
- Encaminhar o RN para a UBS de origem para o seu acompanhamento de puericultura;
- Agendar consulta no Serviço de Referência para HIV/AIDS para a mãe e o RN, escrever na carteira a data, a hora e o local da consulta, de preferência duas semanas após parto, não ultrapassando 30 dias.

Compete à Unidade Básica de Saúde

- Realizar a visita domiciliar precoce ao RN, agendando a primeira consulta na Unidade Básica de Saúde;
- Realizar consulta pediátrica até os 10º dia de vida. Observar quanto ao uso correto do AZT. Realizar hemograma para avaliar possível toxicidade hematológica da medicação ao término da 6ª semana de uso do AZT;
- Nas consultas avaliar e registrar o peso, o comprimento e os perímetros, principalmente o cefálico. As crianças infectadas podem ter dificuldade de ganhar peso;
- Garantir o fórmula infantil adequada até os 6 meses de vida. Monitorar a sua correta utilização, de acordo com a rotina do Programa de Suplementação Nutricional;
- Acompanhamento mensal de puericultura. Observar o uso correto do AZT: 2 mg/kg/dose, VO, de 6 em 6 horas nas primeiras 6 semanas de vida (42 dias). Após, Sulfametoxazol-Trimetoprima até que seja afastada a infecção do recém-nascido (2ª carga viral negativa com 4 meses de idade);
- Todos os recém nascidos de puérperas portadoras de HIV devem receber a quimioprofilaxia com zidovudina, mesmo que suas mães não tenham recebido antirretrovirais durante a gestação e/ou parto;
- Em caso de intercorrências, priorizar a consulta médica.



Compete ao Serviço de Referência de Infectologia Pediátrica:

- Acompanhamento no serviço de referência para AIDS pediátrica;
- Realizar a 1ª consulta preferencialmente até o 20º dia de vida;
- Iniciar profilaxia da Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*, com sulfametoxazol-trimetoprim, a partir de 4 a 6 semanas de vida até completar um ano ou a exclusão do diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Avaliação clínica, solicitação de exames para o acompanhamento laboratorial das crianças expostas verticalmente ao HIV e prescrições das medicações necessárias, segundo as recomendações do MS.

IMUNIZAÇÃO EM CRIANÇAS DE 0 A 19 ANOS DE IDADE, EXPOSTAS/ INFECTADAS PELO HIV

Idade	Vacina
0 (RN)	Hep B e BCG
1 mês	Hep B
2 meses	DTP, Hib, IPV, Rtv e Pnc10
3 meses	MeninC
4 meses	DTP, Hib, IPV, Rtv e Pnc10
5 meses	MeninC
6 meses	DTP, Hib, HepB, INF e Pnc10
7 meses	INF
12 meses	Hep B, Hib, Pnc10, MeninC, TV, VZ e Hep A
15 meses	DTP, IPV e VZ
18 meses	TV e Hep A
24 meses	Pnm 23
4 a 6 anos	DTP e IPV
14 a 19 anos	dT

Fonte: Suplemento I Imunizações. Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Manejo da toxicidade à terapia antirretroviral. Diretrizes para o tratamento da tuberculose. MS, 2010.

Legenda

HepB = hepatite B; **Hib** = *Haemophilus influenzae* tipo b; **DPT** = difteria, tétano e pertussis; **IPV** = Pólio inativada; **Rtv** = vacina oral contra rotavírus; **Pnc10** = vacina contra pneumococo conjugada 10; **MeninC** = vacina contra meningococo tipo C conjugada; **INF** = vacina contra influenza; **Hep A** = hepatite A; **VZ** = vacina contra Varicella zoster; **TV** = vacina tríplice viral (contra cachumba, sarampo e rubéola); **Pnm23** = vacina contra pneumococo 23-valente.



As recomendações abaixo são baseadas no Suplemento I Imunizações. Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Manejo da toxidade à terapia antirretroviral. Diretrizes para o tratamento da Tuberculose, Ministério da Saúde, 2010.

- Este calendário vacinal deve ser adaptado às circunstâncias operacionais ou epidemiológicas, sempre que houver necessidade;
- Aplica-se às crianças comprovadamente infectadas pelo HIV. As crianças expostas verticalmente devem receber as vacinas indicadas nesta tabela, até 18 meses de idade. Após essa idade, se a mesma se mantiver negativa para o HIV, deverá seguir o esquema básico vacinal recomendado pelo Ministério da Saúde, a exceção de algumas vacinas, como a da varicela (aplicada nas crianças suscetíveis não infectadas, para a proteção de seus contatos domiciliares com imunodeficiência) e a da pólio inativada (utilizada nas crianças que convivem com pessoas imunodeficientes);
- As vacinas que não fazem parte da rotina estão disponíveis para essas crianças nos CRIE; Tendo em vista a possibilidade de serem indicadas sete vacinas injetáveis aos 12 meses de vida (ou oito, se coincidirem com a época de vacinação contra a influenza), essas vacinas podem ser programadas para serem escalonadas, deixando-se sempre um mês de intervalo entre as de vírus vivos injetáveis;
- **BCG ID (intradérmica):** deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Crianças que chegam ainda não vacinadas aos serviços só se indica a vacina se as mesmas estiverem assintomáticas e sem sinais de imunodepressão. Não se indica a revacinação;
- **Vacina contra hepatite B:** deve ser administrada ao nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas.
 - Mãe HbsAg positiva: aplicar simultaneamente, em local diferente da vacina, a imunoglobulina humana hiperimune contra hepatite B;
 - Criança ou adolescente comprovadamente infectado pelo HIV: aplicar uma quarta dose de seis a 12 meses após a terceira. A dose a ser aplicada deve ser o dobro da dose de rotina;
 - Criança ou adolescente ainda não vacinado ou com esquema incompleto: iniciar a vacina ou completar o esquema vacinal, de acordo com as doses que faltarem.
- **DTP:** deve ser administrada de acordo com o esquema básico de rotina do Programa Nacional de Imunizações. Quando disponível, pode ser utilizada a DTPa (Tríplice acelular) isolada ou associada a Hib e também a IPV;
- **Vacina Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b):** pode ser aplicada em combinação com a DTP (DTP+Hib → tetravalente) ou isolada. Deve-se indicar uma quarta dose da Hib a partir dos 12 meses de idade. Crianças maiores de um



ano, quando não vacinadas no primeiro ano de vida indica-se aplicar duas doses com intervalo de dois meses entre as mesmas;

- **Vacina poliomielite:** deve-se dar preferência para a vacina inativada, em duas doses com intervalo de dois meses, iniciando aos dois meses de idade. São necessários dois reforços: um entre 15 a 18 meses de idade e outro reforço entre quatro a seis anos de idade.
 - Caso a vacina inativada não esteja disponível e a criança não apresente nenhum sinal de imunodeficiência, as doses da série primária podem ser aplicadas com a vacina pólio oral → três doses no primeiro ano de vida, com intervalo de dois meses, e dois reforços, aos 15 meses e entre quatro a seis anos de idade;
 - As crianças maiores ou aquelas que apresentem sinais de imunodeficiência ou que convivam com pessoas imunodeficientes devem receber a vacina inativada, completando-se quatro doses.
- **Vacina oral rotavírus humano:** a primeira dose deve ser aplicada entre 6 a 14 semanas de idade; a segunda, entre 14 e 24 semanas. Após essa idade não deve ser mais aplicada.
 - As crianças expostas verticalmente ao HIV e as infectadas assintomáticas e sem evidências de imunossupressão podem receber a vacina. Estudos sobre a segurança e eficácia dessa vacina em crianças com HIV/AIDS ainda estão em andamento, cada caso deve ter a sua indicação, considerar o benefício e o risco;
- **Vacina pneumococo conjugada 10 valente (Pnc10):** indicada para todas as crianças de 2 meses até 23 meses de idade, as quais devem receber três doses no 1º ano de vida, com intervalo de 2 meses entre as doses.
 - Crianças entre 7 a 11 meses de idade, ainda não vacinadas devem receber duas doses da vacina conjugada e uma dose adicional entre 12 a 15 meses;
 - Crianças que iniciam vacinação entre 12 a 23 meses de idade devem receber dose única, sem necessidade de reforço;
- **Vacina polissacarídica pneumococo 23 (Pn23ps):** indicada para crianças de dois anos ou mais de idade, sabidamente infectadas pelo HIV.
 - As crianças maiores de dois anos devem receber duas doses da vacina polissacarídica (Pn23ps), com intervalo entre 3 a 5 anos, independente de terem recebido a vacina conjugada;
 - Respeitar sempre o período mínimo de oito semanas após a última dose da vacina conjugada;
 - Não se devem aplicar mais de duas doses da Pn23ps;
 - Crianças de dois anos ou mais de idade e adolescentes não vacinados previamente contra pneumococo devem receber apenas a vacina Pn23ps;
- **Vacina conjugada meningococo C:** aplicada aos 3 e 5 meses, com reforço após



12 meses de idade;

- A partir de 12 meses de idade, para os não vacinados anteriormente, indicar dose única;

- **Vacina influenza sazonal:** aplicar a partir dos seis meses de idade e repetir em dose única, anualmente. Utiliza-se meia dose (0,25ml) até 35 meses de idade e 0,5ml após essa idade.
 - Crianças com menos de 9 anos de idade, ao receberem a vacina pela 1ª vez, requerem 2 doses, com intervalo de 4 a 6 semanas.
- **Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola):** em todas as crianças assintomáticas aplicar a 1ª dose aos 12 meses e a 2ª dose em período mínimo de 4 semanas.
 - Se confirmado o diagnóstico de HIV/AIDS: aplicar a 2ª dose o mais precocemente possível, ao invés de aguardar até os 4 anos de idade;
 - Essa 2ª dose pode ser aplicada aos 18 meses, junto com a 2ª dose da vacina contra hepatite A;
 - Não deve ser aplicada nas crianças com imunodepressão grave (categoria imunológica 3) ou sintomatologia grave (Categoria C).
- **Vacina varicela:** deve-se considerar sua aplicação em crianças maiores de um ano de idade e adolescentes suscetíveis, incluindo os expostos, nas categorias N, A e B com CD4 acima de 15%. Recomenda-se uma segunda dose, com intervalo de três meses.
 - Recomenda-se a vacinação dos expostos, mesmo que já excluída a infecção pelo HIV, o que é importante para prevenir a transmissão da varicela em contato domiciliar com imunodeprimidos;
- **Vacina hepatite A:** indicada para crianças e adolescentes a partir de 12 meses de idade, em duas doses, com intervalo de seis a 12 meses;
- **Vacina difteria e tétano tipo adulto (dT):** deve ser utilizada para completar ou iniciar esquema de crianças de sete anos de idade ou mais, não vacinadas previamente com a DTP ou com esquema incompleto, sendo indicada dose de reforço a cada 10 anos.
 - Se a vacinação básica da criança ou adolescente for incompleta (inferior a três doses) devem-se completar as três doses necessárias. Devem ser aplicadas com intervalo de dois meses entre doses;
 - Em caso de gestante ou de ferimentos graves, profundos, próximos a cabeça ou terminações nervosas (dedos, planta de pés) e suspeitos de contaminação, considerar intervalo de cinco anos para o reforço;
 - Como alternativa a vacina dT, pode ser administrada a vacina dTpa (tríplice acelular tipo adulto), quando disponível;



- **Vacina Febre Amarela:** é necessário levar em consideração a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica local, segundo orientação dos CRIE.

3.4. 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.

3.4.1 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os testes sorológicos podem ser:

- **Testes não-treponêmicos:**
 - VDRL e RPR;
 - São testes qualitativos (resultados reagentes ou não reagentes) e quantitativos (expresso em títulos);
 - Usados para **triagem e monitoramento** da infecção;
 - Deve ser solicitado no 1º, 2º e 3º trimestres da gestação;
 - Torna-se positivo entre a 2ª e 4ª semana (em média 20 dias) do aparecimento do cancro duro;
 - **Títulos baixos** podem representar sífilis **muito recente** ou **muito antiga** tratada ou não;
 - Após o tratamento adequado, o exame tende a negativar entre 9 e 12 meses.
- **Testes treponêmicos:**
 - FTA-Abs;
 - Mais específicos (confirmam a infecção treponêmica);
 - Positivo geralmente a partir do 15º dia da infecção;
 - Permanecem no soro por toda vida mesmo após o tratamento;
 - Não são indicados para o acompanhamento pós tratamento;
 - Gestantes com FTA-Abs não reagente e VDRL reagente interpreta-se como VDRL “Falso-positivo” devido a possível reação cruzada pela gravidez, hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico e outras doenças autoimunes.



INTERPRETAÇÃO LABORATORIAL E CONDUTA				
VDRL	FTA-Abs	Interpretação	Tratamento recomendado (gestante e parceiro)	Monitoramento
Reagente	Reagente	Sífilis	Se tratamento anterior adequado e documentado, não tratar	VDRL Mensal
			Sem registro de tratamento ou inadequado. TRATAR COM 7.200.000 UI*	VDRL Mensal
Reagente $\geq 1:16^{**}$	Desnecessário	Sífilis	Tratar com 7.200.000 UI*	VDRL Mensal
Reagente	Não reagente	Falso positivo (Não é sífilis)	Não tratar	VDRL Trimestral
Não reagente	Não necessário	Exame normal	Não tratar	VDRL Trimestral

*Exceção: Cancro duro: 2.400.000 UI. Sífilis adquirida há menos de 1 ano e secundária: 4.800.000 UI

** CUT-OFF Segundo Laboratório Municipal de Curitiba

3.4.2 TRATAMENTO E SEGUIMENTO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Quando o diagnóstico na gestação é realizado exclusivamente através de testes sorológicos, com duração ignorada, o tratamento recomendado da gestante e do parceiro é de dose total de 7.200.000 UI, seguindo o esquema a seguir:

- **DOSE TOTAL= 7.200.000 UI**
- 3 séries de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- Registrar o tratamento da gestante e parceiro na carteira de pré-natal e no prontuário;
- Reiniciar o tratamento com 7.200.000 UI em caso de interrupção do tratamento



ou em caso de um intervalo maior do que sete dias entre as séries em gestantes (CDC e MS, 2010);

- O VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente;
- Baixa titulação de VDRL em gestantes só deve ser considerada cicatriz sorológica se estiver registrado em prontuário tratamento anterior e adequado. Nestes casos deve-se acompanhar mensalmente o VDRL durante a gestação.

CONDUTA PARA O(S) PARCEIRO(S) SEXUAIS DE GESTANTES COM SÍFILIS

- De uma maneira geral, recomenda-se prescrever Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (3 séries de 2.400.000 UI com intervalo de 7 dias) para tratamento de todos os parceiros sexuais de gestantes com sífilis;
- Não é necessária a solicitação de sorologia para o(s) parceiro(s) sexual (is);
- Caso seja realizado o VDRL do(s) parceiro(s):
 - Se o VDRL do parceiro for positivo (em qualquer titulação), recomenda-se prescrever Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (3 séries de 2.400.000 UI com intervalo de 7 dias);
 - Se VDRL do parceiro for negativo, há indicação de tratamento presuntivo, visando profilaxia de contato sexual. Neste caso, recomenda-se prescrever Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM profundo (1.200.000 UI em cada glúteo) em dose única (Center for Disease Control-CDC, 2010).
- Se o parceiro for sintomático, tratar conforme estágio clínico da doença, segundo MS 2010:
 - Na presença de cancro duro = Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI;
 - Na presença de roséola, lesões palmo-plantares, alopecia ou condiloma plano = Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI (2 séries de 2.400.000 UI com intervalo de 7 dias);
 - Em casos de neurolues, aneurisma aórtico, sífilis articular, tubérculos ou gomas cutâneo-mucosas = Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (3 séries de 2.400.000 UI com intervalo de 7 dias).

Obs.: Parceiro(s) não tratado(s) caracteriza(m) tratamento materno inadequado e o RN será considerado caso suspeito de sífilis congênita, o que incluirá investigação, tratamento e notificação desta criança.

SEGUIMENTO

- Controle com VDRL mensal até o final da gestação;
- O declínio dos títulos é considerado resposta adequada ao tratamento;
- Justifica-se novo tratamento: mesmo na ausência de sintomas, se ocorrer elevação de títulos do VDRL de duas diluições em relação ao último exame de VDRL realizado - (exemplo 1:2 para 1:8);
- Verificar se foi realizado tratamento concomitante do parceiro;
- Conferir se o tratamento do parceiro foi realizado corretamente.



INTERPRETAÇÃO DE TÍTULOS BAIXOS DE VDRL

É de suma importância saber que podemos encontrar títulos baixos na sorologia de VDRL em sífilis não tratadas de longa duração. Nestes casos, a titulação pode ser baixa, levando a interpretar falsamente como CICATRIZ SOROLÓGICA.

A conduta nos títulos baixos deve basear-se se houve ou não tratamento penicilínico prévio, adequado a fase e documentado.

Concluindo

- Títulos baixos de VDRL (com FTA-Abs positivo), sem tratamento prévio ou inadequado: tratar como sífilis e prescrever Penicilina G benzatina 7.200.000 UI. Monitorar com VDRL mensal após o término do tratamento até o final da gestação;
- Títulos baixos de VDRL (com FTA-Abs positivo) com tratamento anterior, adequado, penicilínico e documentado: cicatriz sorológica.
 - Conduta: monitorar o VDRL mensalmente.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto a equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

- Solicitar o VDRL no 1º, 2º e 3º trimestres da gestação. Incluir o parceiro no Pai Presente no pré-natal;
- Tratar a gestante com sífilis e seu parceiro imediatamente após o diagnóstico da doença. Se o período de evolução é desconhecido, o esquema terapêutico preconizado é o da sífilis latente tardia (penic. G benzatina 7.200.000 UI);
- Ter disponível na unidade básica a penicilina G benzatina e outros insumos necessários para sua utilização;
- **Compete a ASL nomear um GESTOR DE CASO. Este gestor deve:**
 - Realizar e monitorar a aplicação da penicilina na gestante e parceiro (s) de acordo com a orientação do protocolo;
 - Ao aplicar a primeira dose da Penicilina G benzatina deverá agendar o retorno da gestante a cada 7 dias na UBS até completar o tratamento prescrito.
- As gestantes com história comprovada de **alergia à penicilina** devem ser dessensibilizadas, para isto **deverão ser encaminhadas** para o Serviço de Referência de Curitiba (Hospital de Clínicas - Dr. Renato Luiz Sbalqueiro);



- Na impossibilidade da dessensibilização, recomenda-se a administração de estearato de eritromicina, 500mg, VO, de 6/6 horas, por 30 dias para sífilis tardia. Esta gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento (MS, 2007);
- Orientar sexo seguro, pelo uso de preservativo, durante e após tratamento, evitando reinfecção;
- Considerar a associação entre DST e infecção pelo HIV (oferecer testagem);
- 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;
- Notificação de todos os casos de sífilis materna;
- Realizar a consulta puerperal e a orientação de planejamento familiar no pós-parto.

TRATAMENTO ADEQUADO DA SÍFILIS MATERNA:

- Houver terapia penicilínica completa, adequado ao estágio da doença;
- Parceiro sexual tratado concomitantemente;
- Término do tratamento pelo menos 30 dias antes do parto.

TRATAMENTO INADEQUADO DA SÍFILIS MATERNA:

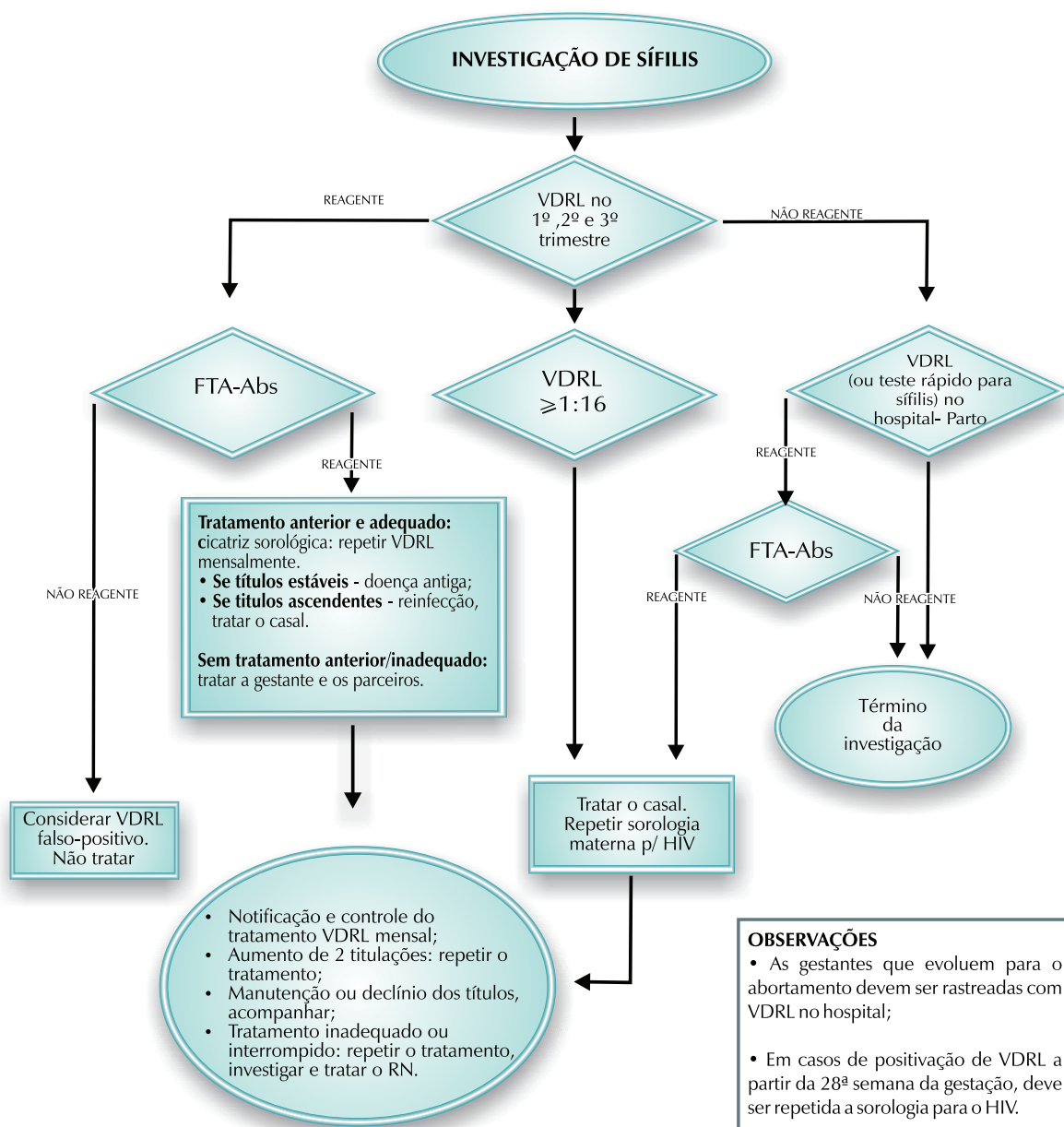
- Terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta; ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- Instituição ou finalização do tratamento há menos de 30 dias do parto; ou
- Ausência de queda ou elevação dos títulos de VDRL após o tratamento adequado; ou
- Ausência de tratamento anterior documentado; ou
- Parceiro sexual não tratado ou inadequadamente tratado ou quando é desconhecida a informação sobre o seu tratamento.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Realizar o parto das gestantes com VDRL reagente;
- Solicitar VDRL (ou teste rápido para sífilis) em gestantes em trabalho de parto e abortamentos;
- Toda gestante que apresentar mudança na titulação do VDRL no parto deve fazer sorologia para HIV;
- Realizar a investigação e o seguimento de sífilis congênita no recém-nascido conforme este protocolo;
- Encaminhar a puérpera à UBS para a consulta puerperal e de planejamento familiar.



FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS MATERNA



3.5. SÍFILIS CONGÊNITA

É a consequência da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu conceito por via transplacentária. É um marcador da qualidade da assistência à saúde.

No Brasil, estima-se que cerca de 50 mil parturientes tenham o diagnóstico de sífilis, com uma prevalência de 1,6%, o que resulta em aproximadamente 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita, considerando-se uma taxa de transmissão vertical de 25%, embora sejam notificados apenas cerca de 4 mil novos casos ao ano (MS, 2007).

Transmissão vertical

- Pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença;
- A taxa de transmissão vertical, nas mulheres não tratadas, é de 70 a 100% nas fases primária e secundária e aproximadamente 30% nas fases latente tardia e terciária;
- Transmissão direta se contato com lesões em canal de parto. Durante o aleitamento, apenas se houver lesão mamária por sífilis. Não há transmissão por leite materno;
- Consequências da sífilis congênita: aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal (40% dos conceitos infectados de mães não tratadas);
- É muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade porque mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticos ao nascer.

Considera-se:

Natimorto por sífilis

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

Aborto por sífilis

Todo o aborto antes de 22 semanas de gestação ou com peso menor que 500 gramas com mãe portadora de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.

INVESTIGAR SÍFILIS CONGÊNITA NAS SEQUITES SITUAÇÕES (segundo as Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, MS, 2006):

- Criança, aborto ou natimorto de mãe com sífilis que não tenha sido tratada ou inadequadamente tratada;
- Evidência microbiológica de infecção do *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical, em necropsia de criança ou em produto de aborto ou natimorto;
- Criança com menos de 13 anos, com evidência sorológica para sífilis, com:
 - Testes não-treponêmicos ascendentes e/ou maiores que os da mãe e/ou reagentes após 6 meses de idade (exceto quando seguimento terapêutico) e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;



- Sorologia não-treponêmica reagente, associado à evidência clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

3.5.1 CLASSIFICAÇÃO

A classificação é baseada no Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis – MS, 2007.

Sífilis congênita precoce

Surge até o 2º ano de vida. As principais características são:

- Na forma grave: septicemia maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia;
- Lesões cutâneo-mucosas: lesões palmoplantares, fissuras periorificiais e condilomas planos anogenitais;
- Periostite e osteocondrite, como por ex.pseudoparalisia de Parrot;
- Convulsões e meningite;
- Lesões do aparelho respiratório como pneumonia alba;
- Hepatoesplenomegalia e pancreatite;
- Rinite sangüinolenta;
- Anemia, plaquetopenia e púrpura.

Sífilis congênita tardia

Surge após o 2º ano de vida. As principais características são:

- Fronte olímpica;
- Mandíbula curva e arco palatino elevado;
- Tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson+ ceratite intersticial+ lesão do VIII par craniano);
- Nariz em sela;
- Tíbia em lâmina de sabre;
- Surdez, retardo mental e hidrocefalia.

3.5.2 AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

De maneira geral, a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis (MS, 2006).

Deve ser realizado VDRL, de sangue periférico, de todos os recém-nascidos de mãe com VDRL reagente na gestação, no parto ou com sinais clínicos de sífilis congênita (MS, 2007).

Realizar RX de ossos longos, hemograma e análise do LCR, quando necessário, dependendo da titulação e do tratamento materno.

Toda criança sintomática deve realizar avaliação de fundo de olho.



Testes sorológicos:

- **VDRL:** a positividade até o 6º mês do RN pode significar transferência materna de anticorpos. Deve ser comparados com os títulos maternos, realizados na admissão para o parto. O VDRL pode ser reagente, menor ou igual à titulação materna;
- **FTA-Abs:** Não se recomenda a sua realização em recém-nascidos. O FTA-Abs IgG pode estar presente até os 18 meses de vida, sem representar doença na criança. O FTA-Abs IgM não é considerado exame de rotina pela baixa sensibilidade, porém quando positivo indica doença na criança.

3.5.3 TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

O manejo da criança com sífilis congênita está recomendado abaixo, segundo o Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, MS, 2007 e Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, MS, 2006.

MANEJO DO RECÉM-NASCIDO NA MATERNIDADE

- Nos recém-nascidos cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita, realizar VDRL em sangue periférico;
- Não utilizar sangue do cordão umbilical para diagnóstico sorológico pela presença de sangue materno, o que pode determinar falsos resultados;
- Realizar radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR (quando necessário) nos RN que se enquadrem na definição de caso.
- A investigação é obrigatória para todos os RN expostos (independente do tratamento materno), incluindo os natimortos e abortos por sífilis.

NOTIFICAÇÃO DOS RN SUSPEITOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Deve ser realizada somente nos casos de:

- Mãe sintomática (sífilis primária, secundária ou terciária);
- Mãe sem tratamento ou inadequadamente tratada;
- VDRL do RN > do que materno;
- RN com sintomas de sífilis.

NO PERÍODO NEONATAL**A - Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.**

Independente do resultado de VDRL do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar como neurosífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados. De acordo com a avaliação clínica e de exames complementares:

- **A1** - Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas, radiológicas e/ou hematológicas. O tratamento deverá ser feito com:



- Penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; OU
- Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias.
- **A2** - Se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito com:
 - Penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias.
- **A3** - Se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia for negativa, proceder ao tratamento com:
 - Penicilina G Benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg;
 - O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B - Nos recém-nascidos com alterações de mães adequadamente tratadas.

Realizar VDRL em amostra de sangue periférico de recém-nascido e se este for reagente com titulação maior do que a materna e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR.

- **B1**- Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito igual a A1;
- **B2** - Se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito igual A2.

C - Nos recém-nascidos assintomáticos de mães adequadamente tratadas.

Realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido.

- **C1**- Se assintomático e o VDRL não for reagente, realizar seguimento clínico e laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, tratar com penicilina G Benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/KG;
- **C2**- Se assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1 (sem alterações de LCR) ou A2 (se houver alterações no LCR).

NO PERÍODO PÓS-NEONATAL (após 28º dia de vida)

Devem ser cuidadosamente investigadas as crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita. Com o diagnóstico confirmado, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de 4 em 4 horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, seguindo os mesmos esquemas de doses recomendadas.

COMPETE À UBS

- Realizar consultas mensais no primeiro ano de vida;
- Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois VDRL negativos consecutivos;
- O FTA-Abs deve ser realizado após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;



- Se forem observados sinais clínicos compatíveis com sífilis congênita, proceder à repetição dos exames sorológicos, mesmo que não esteja no momento previsto;
- Na elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar o paciente e proceder ao tratamento;
- Encaminhar para acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico, através da Central de Marcação de Consultas na especialidade Neurologia - Recém-Nato de Risco;
- Se o LCR mostrar-se alterado, deve ser encaminhada ao hospital para controle semestral de líquido até a sua normalização. Alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas terapêuticos anteriormente descritos;
- A UBS deverá verificar com o DS se o caso foi notificado.

3.6. TUBERCULOSE NA GESTAÇÃO

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde mundial, seu controle envolve aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. Sua magnitude pode ser evidenciada pelas estimativas da OMS, com a ocorrência de 9,27 milhões/ casos novos ao ano no mundo.

O Brasil está em 19º lugar dentre os 22 países priorizados pela OMS para o controle da tuberculose no mundo, os quais detêm 80% da carga da doença (WHO, 2009).

No nosso país, a distribuição dos casos está concentrada em 315 municípios, considerados prioritários e que detêm 70% da carga da doença, dentre estes está Curitiba, como todas as demais capitais brasileiras.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2008, a TB foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS no Brasil.

A tuberculose é causada pelo *M. tuberculosis*, pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A forma pulmonar bacilífera, além de mais frequente é também a mais relevante para a saúde pública, pois é responsável pela cadeia de transmissão da doença.

A busca ativa de sintomático respiratório é a principal estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares.

Toda gestante, devido à possibilidade de imunossupressão transitória, deve ser incluída nos grupos com maior risco de apresentar tuberculose. Sempre que se apresentar Sintomática Respiratória (com tosse e expectoração por três semanas ou mais) deve ser investigada. Esta investigação, além de permitir o diagnóstico e tratamento oportuno da mãe, também é importante para ajudar a evitar a transmissão da tuberculose congênita ou perinatal.



DIAGNÓSTICO

Baciloscopia de escarro

Permite descobrir o doente bacilífero. Pode detectar 70-80% dos casos de tuberculose pulmonar quando executado corretamente. Deve ser realizada a coleta de duas amostras de escarro para o diagnóstico: uma na oportunidade da consulta e outra na manhã do dia seguinte, ao despertar.

Cultura para Micobactéria

Está indicada nos seguintes casos: na suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa; nas amostras paucibacilares (poucos bacilos); na dificuldade de obtenção da amostra (por exemplo, crianças); suspeita de TB extrapulmonar e nos casos suspeitos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas.

CONDUTA NA GESTAÇÃO E LACTAÇÃO

As condutas e orientações baseiam-se no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, MS, 2011.

Gestantes com diagnóstico de tuberculose devem ser encaminhadas para avaliação na Referência de Alto risco e devem ser monitoradas pela Unidade Básica de Saúde. O serviço de referência em Tisiologia do Centro de Especialidades de Santa Felicidade está disponível para atendimentos e possíveis esclarecimentos quanto ao diagnóstico e tratamento (contato com Dr. Ronaldo Mazza).

A prevenção da tuberculose congênita é realizada pelo diagnóstico precoce e a administração oportuna do tratamento da TB na mãe grávida, para diminuir o risco de transmissão ao feto e recém-nato, bem como aos adultos que coabitam a mesma residência, diminuindo assim o risco de transmissão pós-natal.

Não há contraindicação à amamentação pela mãe em tratamento, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. Quando possível, a mãe bacilífera deve evitar contato próximo com o bebê, até que seu escarro se torne negativo. Durante a amamentação, a mãe deverá utilizar máscara cirúrgica, tendo o cuidado de lavar previamente as mãos e manter o ambiente limpo e arejado.

Gestantes e lactantes devem utilizar os esquemas preconizados com as doses habituais do esquema básico, mas com especial atenção no monitoramento de efeitos adversos.

Está recomendado o uso da Piridoxina 50 mg/dia durante a gestação para reduzir o risco dos efeitos colaterais da isoniazida (MS, 2011).

O tratamento deve ser diretamente observado (TDO), visando o fortalecimento da adesão e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (1h antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição (MS, 2011).



Esquema Básico (EB)- 2RHZE /4RH

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

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB				
Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Me- ses
2 RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275mg cp em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 cp	2
		36 a 50 kg	3 cp	
		>50 kg	4 cp	
4 RH Fase de manutenção	RH cp de 150/75*	20 a 35 kg	2 cp de 150/75*	4
		36 a 50 kg	3 cp de 150/75*	
		>50 kg	4 cp de 150/75*	

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Secretaria da vigilância em saúde, MS, 2011.

*Obs.: As apresentações em comprimidos de Rifampicina/isoniazida de 150/75mg estão substituindo as apresentações de R/H 300/200 e 150/100.

SEGURANÇA DOS FÁRMACOS ANTITB EM GESTANTES E LACTANTES.

Gravidez	
Medicamentos seguros	Medicamentos que devem ser evitados
Rifampicina	Estreptomicina e outros aminoglicosídeos
Isoniazida	Polipeptídeos
Pirazinamida	Etionamida e outras tionamidas
Etambutol	Quinolonas

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Secretaria da vigilância em saúde, MS, 2011.



ALEITAMENTO MATERNO	
Medicamentos seguros	Medicamentos com uso criterioso
Rifampicina	Etionamida
Isoniazida	Ácido paraminossalicílico (PAS)
Pirazinamida	Ofloxacina
Etambutol	Capreomicina
Estreptomicina	Claritromicina
Cicloserina/ Terizidona	Clofazimina

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Secretaria da vigilância em saúde, MS, 2011.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE APÓS INÍCIO DO TRATAMENTO

A transmissibilidade está presente desde os primeiros sintomas respiratórios, caindo rapidamente após o início de tratamento efetivo. Quando o paciente não tem história de tratamento anterior nem outros riscos conhecidos de resistência, pode-se considerar que, após 15 dias de tratamento e havendo melhora clínica, o paciente pode ser considerado não infectante. No entanto, com base em evidências de transmissão da tuberculose resistente às drogas, recomenda-se que seja também considerada a negatificação da baciloscopia para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas (MS, 2011).

CONDUTA NA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTb)

A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem (primoinfecção).

Alguns fatores podem aumentar o risco de adoecimento como HIV, tratamentos imunodepressores e desnutrição.

Nas grávidas recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto. Porém naquelas com infecção pelo HIV sugere-se o tratamento após o terceiro mês de gestação.

HIV/aids – tratar ILTB nos seguintes casos:

- Radiografia de tórax normal e:
 - $PT \geq 5$ mm;
 - Contatos de pacientes bacilíferos;
 - $PT < 5$ mm com registro de ter tido $PT \geq 5$ mm e não submetida a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.
- Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior, independente do resultado da PT (MS, 2011).



Fármaco Utilizado

Isoniazida – dose de 5 a 10 mg/Kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia, por no mínimo de 6 meses.

ANTICONCEPÇÃO

A Rifampicina - interfere na ação dos contraceptivos orais. Orientar a utilização de outros métodos para evitar a gravidez.

TUBERCULOSE PERINATAL

É a forma de tuberculose do recém-nascido. A transmissão pode ocorrer durante a gravidez ou no período neonatal, por disseminação hematogênica da tuberculose materna, da tuberculose genital (endometrite e cervicite) e por aspiração do líquido amniótico infectado. Também pode ser transmitida pelas secreções genitais ou do colostro. É uma forma rara de tuberculose.

No período pós-natal, a transmissão pode ocorrer por meio do contato do recém-nascido com indivíduos com TB pulmonar bacilífera.

Na TB congênita, o parto prematuro ocorre em cerca de 50% dos casos. O recém-nascido cursa com quadro de infecção congênita ou sepse bacteriana: febre, letargia ou irritabilidade, dificuldade respiratória, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, distensão abdominal, otorréia, lesões dermatológicas, anorexia, vômitos, diarreia com sangue, icterícia, convulsões, cianose, apnéia, ascite, pouco ganho de peso, anemia, plaquetopenia. A letalidade é superior a de 50%, mesmo com tratamento adequado.

A TB perinatal pode ser suspeitada em recém nascidos cuja mãe teve TB ativa grave durante a gravidez ou, após o parto, ou esteve em contato com qualquer pessoa da família com TB. Justifica-se o exame da placenta (histopatologia e cultura para *M. tuberculosis*) no caso de recém nascido cuja mãe está com TB em atividade no momento do parto. No recém nascido aparece o padrão miliar à radiografia em metade dos casos; a ultrassonografia abdominal pode mostrar pequenos focos no fígado e baço, macronódulos e dilatação do trato biliar.

Recomenda-se que todos os casos suspeitos de TB perinatal sejam encaminhados para avaliação no serviço de referência de Infectopediatria /TB criança, do Hospital de Clínicas.

3.7. HEPATITE B NA GESTAÇÃO

A infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) constitui sério problema de saúde pública em todos os continentes, podendo causar hepatite aguda (benigna ou grave) e hepatite crônica, com potencial evolutivo para cirrose e carcinoma hepatocelular. Estima-se que até 40% das pessoas com infecção crônica pelo vírus da hepatite B podem evoluir para cirrose hepática ou hepatocarcinoma.



TRANSMISSÃO

A transmissão de hepatite B pode ser por via:

- Sexual - considerada importante doença sexualmente transmissível;
- Hemotransfusão;
- Inoculação percutânea (drogadição, tatuagem, acupuntura, *piercing*, manicure, pedicure, seringas e agulhas);
- Vertical (materno-infantil).

A frequência com que se instala a infecção persistente pelo vírus da hepatite B é influenciada pela época em que se dá a infecção inicial.

Em recém-nascidos e lactentes, quando a mãe for HBsAg reagente, se houver transmissão vertical, a cronificação ocorre em 70 a 90% dos casos. Decorre deste fato, a prioridade que se deve dar a imunização (vacina e IGHAHB - imunoglobulina humana anti-hepatite B), nas primeiras 12 horas após o nascimento.

Quando a infecção inicial se dá na idade adulta, a cronificação chega a aproximadamente 10% dos casos.

A transmissão vertical ocorre predominantemente durante o parto, por meio de contato com sangue, líquido amniótico ou secreções maternas. O risco para o conceito é de 10 a 20%, quando a mãe é HBsAg positiva. A possibilidade de infecção transplacentária aumenta quando há ameaça de abortamento, parto pré-termo, procedimentos invasivos no pré-natal e ruptura prematura de membranas.

Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, realiza-se a triagem sorológica no início do pré-natal, por meio do HBsAg.

Com relação à amamentação, apesar do vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do HBV está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana anti-hepatite B no recém-nato.

A medida mais eficaz para a prevenção desta infecção é a vacinação.

GESTAÇÃO

A recomendações sugeridas estão de acordo com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Ministério da Saúde, 2009 e Manual de Gestação de Alto Risco, Febrasgo, 2011.

- Solicitar na 1ª consulta do pré-natal o exame de rotina laboratorial;
- O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra hepatite B para as gestantes que apresentarem sorologia negativa (HBsAg não reagente);
- A vacina deverá ser disponibilizada para as gestantes suscetíveis, independente da faixa etária;
- A administração da vacina está indicada após as primeiras 14 semanas de gestação;
- Aquelas não imunizadas devem receber três doses da vacina nos intervalos de 0,1 e 6 meses e as com esquema vacinal incompleto devem completar o esquema



já iniciado. A dose da vacina varia de acordo com a idade: 0,5 ml até 19 anos de idade e 1,0 ml a partir desta. Recomenda-se seguir as normas do Programa Nacional de Imunizações/ MS;

- Para gestantes em situação de violência sexual recomenda-se:
 - Se a vítima não for vacinada, a administração de três doses da vacina (0, 1 e 6 meses) e imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB);
 - Se esquema vacinal incompleto, realizar as doses adicionais para hepatite B e IGHAB;
 - Com resposta vacinal conhecida e adequada (Anti-HBs $\geq$ 10 UI/ml), não é necessário realizar nenhuma medida específica;
 - Quando indicada, a imunoglobulina deve ser aplicada em dose única de 0,06 ml/kg, IM, o mais precoce possível, até no máximo 14 dias após a violência sexual.
- **Encaminhar as gestantes com HBsAg reagente para avaliação de Referência de Gestação de Alto Risco.**

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto a equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

- Preencher a Ficha de Notificação e Investigação, das gestantes com HBsAg reagente e encaminhar para o Distrito Sanitário;
- Encaminhar as gestantes HBsAg reagente para avaliação de Referência de Alto Risco e monitorar;
- Encaminhar os recém-nascidos para avaliação no Serviço de Referência em infectologia e monitorar;
- Realizar o esquema vacinal para as gestantes suscetíveis (HBsAg não reagente), **após a 14ª semana de gestação;**
- Realizar a investigação dos comunicantes domiciliares e sexuais para avaliação sorológica e vacinação dos soronegativos, para fechar a cadeia epidemiológica;
- Contatar a maternidade de vinculação para que planeje a disponibilidade da IGHAB, disponível na Central de Imunobiológicos da SMS;
- No puerpério: orientar contracepção e *condom*;
- Para os recém-nascidos:



- Completar as doses da vacina no 1º e 6º mês;
- Realizar dose complementar de vacina para o RN com peso ao nascer $\leq 2000\text{g}$, idade gestacional ≤ 34 semanas e RN de mãe simultaneamente HIV e HBsAg reagente. Recomenda-se o esquema 0, 1, 2 e 6 meses;
- Solicitar Anti-HBs e HBsAg do RN no 9º mês.

COMPETE AO HOSPITAL

- Nas gestações que não tenham sido feito a investigação durante o pré-natal, a pesquisa deve ser realizada no momento do parto;
- Determinar a via de parto de acordo com a indicação obstétrica;
- Cuidados no período do parto e perinatal:
 - Se episiotomia, protegê-la com compressa, para evitar o contato fetal com o sangue materno;
 - Clampear rapidamente o cordão;
 - Se cesárea, fórceps ou curagem, realizar antibioticoprofilaxia com: cefazolina 2 g, EV, após o clampeamento do cordão;
 - Aspiração cuidadosa orotraqueal ou nasotraqueal do RN, para evitar lesionar mucosas;
 - Lavar o RN e retirar todo o vestígio de sangue e/ou secreção materna;
 - O aleitamento é permitido;
 - Administrar uma dose de 0,5 ml, IM, IGHAHB, dentro das primeiras 12 horas. Deve ser aplicada por via intramuscular, podendo ser realizada na região glútea;
 - Administrar a 1ª dose de vacina contra hepatite B, por via intramuscular. No RN realizar preferencialmente no vasto lateral da coxa. Não deve ser aplicada na região glútea;
 - Quando administrada simultaneamente com a vacina contra a hepatite B, a aplicação da IGHAHB deve ser feita em local diferente; não utilizar a mesma seringa e agulha;
 - Encaminhar os recém-nascidos para avaliação no Serviço de Referência em Infectologia Pediátrica.

3.8. HEPATITE C NA GESTAÇÃO

TRANSMISSÃO

Disseminada fundamentalmente pela exposição parenteral através de sangue ou derivados de sangue de pessoas infectadas. Pode ocorrer através de objetos contaminados como: alicates de unha, materiais para colocação de *piercing* e confecção de tatuagens, instrumentos para uso de drogas inaláveis, pipadas e injetáveis, acidentes com exposição a material biológico e procedimentos cirúrgicos, odontológicos e de hemodiálise, em que não sejam aplicados as normas adequadas de segurança.



FATORES DE RISCO

- Transfusão de sangue e derivados (antes de 1993);
- Uso de drogas injetáveis, inaláveis e pipada (*crack*);
- Parceiro sexual HCV reagente;
- Prática sexual com múltiplos parceiros, sem uso de preservativos;
- Uso de material perfurocortante contaminado.

GESTÇÃO

A transmissão perinatal é possível e quando ocorre quase sempre se dá no momento do parto.

A taxa de infecção perinatal de bebês nascidos de mães soropositivas é de 5 a 6%, sendo os principais fatores de risco a elevada carga viral materna e a coinfeção pelo vírus HIV, podendo esta chegar a 36% (Febrasgo, 2011).

A pesquisa do Anti HCV na gestação deve ser considerada quando estiverem presentes os fatores de risco na gestante ou no parceiro sexual, não sendo rotina como acontece para a hepatite B.

Quando Anti HCV reagente ou inconclusivo, em dois exames coletados em datas diferentes, **a gestante deve ser encaminhada para Serviço de Referência de Alto Risco para continuar a investigação laboratorial.**

As gestantes portadoras de hepatite C bem como os seus recém-natos devem ser monitoradas pela Unidade Básica de Saúde.

Para hepatite C não existe vacina. O esquema de vacina contra hepatite B de recém-natos de mães portadoras de hepatite C deve seguir o calendário vacinal normal.

A gestante deve ser notificada e é necessária a investigação dos comunicantes domiciliares e sexuais.

CUIDADOS NO PARTO , PERÍODO PERINATAL E PUERPERAL

- Via de parto: indicação obstétrica;
- Aspiração cuidadosa orotraqueal ou nasotraqueal do RN, para evitar lesionar mucosas;
- Lavar o RN e retirar todo o vestígio de sangue e/ou secreção materna;
- O aleitamento é permitido;
- Os recém-nascidos e as mães portadoras de hepatite C confirmada através de HCV-RNA qualitativo devem ser encaminhados para acompanhamento de serviço de infectologia;
- Orientar contracepção e *condom*;
- Realizar avaliação sorológica para a família, se esta ainda não foi feita.



A black and white photograph of a man and a pregnant woman. The man is on the left, wearing a light-colored polo shirt with a dark collar, looking down at the woman's belly. The woman is on the right, wearing a light-colored short-sleeved top, looking down at her belly. Her hands are resting on her abdomen. The background is a plain, light color.

*Prevenção e tratamento das
patologias associadas à
prematuridade*



4. Prevenção e tratamento das patologias associadas à prematuridade

4.1. TRABALHO DE PARTO PREMATURO

O parto pré-termo é o que se dá entre 22 e menos de 37 semanas de gestação. A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade perinatal. A prematuridade incide entre 6 e 10% de todas as gestações, dependendo das características da população estudada.

Medidas de prevenção do Trabalho de Parto Prematuro (TPP) e da morbimortalidade 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 os Serviços de Referência.

4.1.1 FATORES DE RISCO PARA O TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Os fatores de risco para TPP devem ser investigados na consulta pré-concepcional e nas consultas de pré-natal.

Um dos fatores de maior importância é a prematuridade anterior. Outros fatores associados, segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2010, são:

- Comprimento cervical < 3.0cm;
- Baixo nível socioeconômico;
- Idade materna <15 anos ou >40 anos;
- Complicações maternas: clínicas ou obstétricas;
- Atividade física aumentada;
- Tabagismo;
- Uso de cocaína;
- Ausência de controle pré-natal;



- Situações de alto estresse;
- Gestação múltipla;
- Crescimento intrauterino restrito;
- Anomalias congênitas;
- Polihidrâmnio;
- Rotura prematura de membranas pré-termo;
- Descolamento de placenta;
- Presença de DIU;
- Mioma (submucoso ou subplacentário);
- Anomalias uterinas;
- Insuficiência istmocervical;
- Infecções maternas;
- Síndrome antifosfolípide;
- Trauma.

4.1.2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico. Para o diagnóstico devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações uterinas durante a gestação, denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade.

O trabalho de parto prematuro é definido quando se identificarem contrações uterinas regulares após 22 e antes de 37 semanas, com intervalo de 5 a 8 minutos, com dilatação cervical maior que 2 cm com modificações cervicais (MS, 2010).

Anamnese

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

- Investigar a história do “trabalho de parto” - número, frequência, duração e intensidade das contrações uterinas;
- Questionar sobre 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 psicossocial.

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 frequente;
- Realizar exame especular, em primeiro lugar, se houver relato de perda de líquido e/ou sangramento vaginal. Este exame serve para:
 - 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 cervicovaginal para pesquisa de infecções quando necessário.
- Realizar avaliação da dilatação cervical e da altura da apresentação;
- 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 sanguíneo placentário e cessa as contrações uterinas em 50% dos casos.

A hidratação diminui a frequência das contrações. Esta conduta deve ser evitada na presença de cardiopatias e nefropatias.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

- Proceder à rotina de exames laboratoriais do Programa para detecção precoce dos fatores de risco;
- Avaliação das queixas de leucorréia e tratamento, se necessário, conforme a orientação deste protocolo;
- Fazer seguimento da grávida com infecção urinária conforme este protocolo;



- Encaminhar precocemente a gestante com quadro de TPP à consulta médica e/ou Hospital de Referência;
- Após a alta 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 cardiocografia 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 à inibição do TPP, tratar os fatores associados e instituir corticoterapia quando indicados;
- Promover assistência diferenciada ao parto na inevitabilidade do mesmo;
- Na alta, registrar na carteira da gestante as informações pertinentes ao caso (resultado de exames, diagnóstico, terapêuticos e procedimentos realizados);
- Encaminhar a gestante à UBS após alta hospitalar.

4.1.3 CORTICOTERAPIA

Recomenda-se sempre que houver risco iminente do parto se dar prematuramente. A corticoterapia reduz o distress respiratório, a hemorragia intracraniana fetal, a enterite necrosante e a mortalidade neonatal. Recomendado o uso entre 26^a e 34^a semana de gestação (Febrasgo, 2011).

MANEJO DA CORTICOTERAPIA	
Medicamentos	Dose
Betametasona- Apresentação comercial-Celestone Soluspan- 1 ampola=1ml (cada ml contém 3 mg de acetato de betametasona e 3 mg de fosfato dissódico de betametasona).	12 mg ao dia, IM, com intervalo de 24 horas, num total de duas aplicações.
Geralmente é usado um único ciclo de corticóide, excepcionalmente dois, devido aos efeitos colaterais para o feto.	

Fonte: Manual de Gestão de Alto Risco, Febrasgo, 2011.



4.1.4 AGENTES TOCOLÍTICOS

Critérios para uso (Febrasgo, 2011):

- O trabalho de parto não deve estar em estágio avançado;
- Vitalidade fetal preservada;
- Não devem existir patologias maternas que possam pôr em risco a mãe e o feto;
- Não pode haver infecção intrauterina;
- A idade gestacional não deve ser maior que 34 semanas;
- A dilatação cervical deve ser menor que 4 cm;
- Esvaecimento do colo uterino não pronunciado;
- As membranas devem estar íntegras.

4.1.4.1 ATOSIBANO

Apresentação comercial

Tractocile- Atosibano.

Apresentação

0,9 mL de solução = 6,75 mg de atosibana.

5,0 mL de solução = 37,5 mg de atosibana.

Via de administração e dose (Febrasgo, 2011)

- Dose de ataque: infusão, em 1 minuto, por via EV, um frasco de 0,9 mL;
- A seguir, dois frascos de 5 mL são adicionados a 90 mL de soro glicosado ou fisiológico. Essa infusão deve ser administrada na velocidade de 24 ml por hora durante 3 horas. Os 28 ml restantes devem ser infundidos com a velocidade de 8 ml por hora, por mais 3 horas e meia;
- Se houver necessidade, nova solução pode ser preparada com 10 ml de atosibano em 90 ml de soro, que deverá ser infundida na velocidade de 8 mL/hora por até 45 horas.

Efeitos adversos

Sem efeitos colaterais significativos.

4.1.4.2 BETA-ADRENÉRGICOS

Apresentação comercial

Terbutalina - o mais usado.

Apresentação

Sulfato de Terbutalina (Bricanyl injetável): amp. com 0,5 mg em 1 ml.

Contraindicação

Sensibilidade ao fármaco. Gestantes com FC >120 bpm e cardiopatias.



Via de administração e dose

Terbutalina:

Diluir 5 ampolas em 500 ml de soro glicosado 5%, em infusão endovenosa, com gotejamento controlado de 40 a 80 gotas por minuto, no máximo. Manter a administração do medicamento por 24 horas após o bloqueio das contrações uterinas (Febrasgo, 2011).

Efeitos adversos

Tremor de extremidades, cefaléia, taquicardia, arritmias, hipotensão, angina, vaso dilatação periférica, sudorese, vômito, dificuldade para urinar, hipocalcemia, broncoespasmo paradoxal e edema pulmonar.

4.1.4.3 BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO

Apresentação comercial

Nifedipina

Apresentação

Cápsula 10 mg

Via de administração e dose

A dose mais recomendada é de uma cápsula de 10 mg via oral a cada 20 minutos até se obter o cessar das contrações, utilizando-se, no máximo, três cápsulas em 1 hora. A manutenção deve ser feita com comprimidos de 20 mg a cada 8 horas por 48 horas (Febrasgo, 2011).

Efeitos adversos

Hipotensão arterial, rubor facial, palpitações, cefaléia e tontura.

4.2. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA GESTAÇÃO

Estima-se um total de 340 milhões de casos novos por ano de DST curáveis em todo mundo e 10 a 12 milhões no Brasil (OMS-1999).

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) não tratadas em gestantes (Gutman 1999).

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.



Fatores que influenciam a transmissão das DST:

- 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 e outros.

**CRITÉRIOS DE RISCO PARA INFECÇÃO CERVICAL
(WHO.RTI 2005, MODIFICADO)**

- Parceiro com sintomas;
- Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção;
- Paciente acredita ter se exposto a DST;
- Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia.

155

SÍNDROMES CLÍNICAS

Embora as DST tenham agentes etiológicos distintos, a sintomatologia encontrada caracteriza um número limitado de síndromes clínicas. A abordagem sindrômica possibilita a identificação dos prováveis agentes etiológicos de um, a determinada síndrome clínica.

SÍNDROMES CLÍNICAS, SEUS AGENTES, TRANSMISSÃO E CURA					
Síndrome	DST	Agente	Tipo	Trans. sexual	Cura
Úlceras	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Cancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Herpes	<i>Herpes simplex vírus</i>	Vírus	Sim	Não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Linfogranuloma	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Bactéria	Sim	Sim

Fonte: Manual de Controle das DST, MS, Brasil, 2006.



SÍNDROMES CLÍNICAS, SEUS AGENTES, TRANSMISSÃO E CURA					
Síndrome	DST	Agente	Tipo	Trans. sexual	Cura
Corrimentos	Vaginose bacteriana	Múltiplos	Bactéria	Não	Sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	Fungo	Não	Sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Protozoário	Sim	Sim
Verrugas	Condiloma	<i>Papilomavírus Humano</i>	Vírus	Sim	Não

Fonte: Manual de Controle das DST, MS, Brasil, 2006.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE A UBS

Deve-se investigar a queixa de corrimento genital em qualquer idade gestacional, realizando exame especular. Recomenda-se realizar no início da gestação e entre a 24ª e a 30ª semana.

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. Se houver necessidade, pode-se 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 ao laboratório material para coleta de cultura de secreção cervical e/ou uretral;

- 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.

4.2.1 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

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 grávidopuerperal estes agentes predisõem às complicações gestacionais, como a corioamnionite 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.

4.2.1.1 VAGINOSE BACTERIANA

Caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido a uma redução acentuada dos lactobacilos acidófilos e aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias como: *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, micoplasmas e peptoestreptococo.

Não considerada infecção de transmissão sexual mas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, através do contato com sêmen de pH elevado.

Características clínicas

- Corrimento vaginal com odor fétido que piora após a menstruação ou as relações sexuais;
- Corrimento vaginal acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, às vezes bolhoso e com odor fétido;
- Eventualmente dor às relações sexuais e assintomática em 50% dos casos.

Diagnóstico

O diagnóstico da vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos seguintes critérios (critérios de Amsel):

- Corrimento vaginal homogêneo, acinzentado e de quantidade variável;
- PH vaginal maior que 4,5;
- Teste das aminas positivo: ocorre a liberação de aminas produzida por germes anaeróbios exalando odor fétido, semelhante ao odor de peixe podre quando o conteúdo vaginal é misturado com 1 ou 2 gotas de KOH a 10%;
- *Clue cells* presentes na bacterioscopia e ausência de lactobacilos.

Tratamento

- **Uso no 1º trimestre da gestação:**



- Clindamicina- 300 mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias; OU
- Clindamicina creme vaginal a 2%, uma aplicação vaginal por dia, por 7 dias;
- Pode ser usado com segurança, inclusive no 1º trimestre (Febrasgo, 2010).

• **Gestantes após o 1º trimestre:**

- Metronidazol 250 mg, VO, 3 vezes ao dia, durante 7 dias;
- Metronidazol gel 2 x ao dia por 5 dias ou uma aplicação vaginal por dia por 7 dias, se desconforto vaginal;
- Uso seguro somente a partir do início do 2º trimestre (Febrasgo, 2010);
- Quando for instituído tratamento com metronidazol, deve-se contraindicar a ingestão de bebidas e alimentos contendo etanol até três dias após o tratamento, pelo efeito antabuse;
- Como o esperma (por seu PH elevado) contribui para desequilibrar a flora vaginal em mulheres suscetíveis, o uso de preservativo pode ter benefício nos casos recidivantes (MS, 2006).

4.2.1.2 CANDIDÍASE

Infecção da vulva e vagina causada pela cândida. A mais prevalente é a *Candida albicans* (80 a 90%) e não-*albicans* (10 a 20%) como: *C.tropicalis*, *C.glabrata*, *C.krusei*, *C.parapsilosis*.

Fatores predisponentes

- Gravidez;
- *Diabetes Mellitus* descompensado;
- Imunodeficiência;
- Antibioticoterapia sistêmica;
- Obesidade;
- Hábitos de higiene e vestuário inadequados;
- Contato com substâncias alérgicas como talco, perfume e desodorante.

Sinais e sintomas

- Prurido vulvovaginal;
- Ardor à micção;
- Corrimento vaginal branco, grumoso, sem odor e com aspecto de “leite coalhado”;
- Hiperemia, edema e fissuras vulvar;
- Dispareunia.

Diagnóstico

É eminentemente clínico ficando o diagnóstico laboratorial (Gram e cultura) para as recidivas.



Tratamento

- Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se por 7 dias;
- Todos os tratamentos sistêmicos são contraindicados durante a gestação (Manual de orientação em trato genital inferior e colposcopia, Febrasgo, 2010). Segundo FDA, Fluconazol (Classe C) quando em altas doses e tratamento prolongado foi associado à síndrome de Antley-Bixler. Em doses usuais, parece ser seguro, embora ainda se aguarde evidências conclusivas (Manual de Teratogênese-Febrasgo, 2010);
- Tratamento de parceiros: para os casos recidivantes ou quando estes forem sintomáticos.

4.2.1.3 TRICOMONÍASE

Causada pelo *Trichomonas vaginalis* e a sua principal forma de transmissão é a sexual. Pode permanecer assintomática no homem e na mulher especialmente após a menopausa, podendo acometer a vulva, a vagina e a cérvix uterina.

Características clínicas

- Corrimento abundante, amarelado, bolhoso e fétido;
- Irritação vulvar;
- Dor pélvica;
- Disúria e polaciúria;
- Colpite difusa ou focal, com aspecto de framboesa;
- Aspecto “tigróide” no Teste de Schiller.

Tratamento

Gestantes: realizar tratamento somente após o início do 2º trimestre (Febrasgo, 2010):

- Metronidazol 250mg, VO, 3 vezes ao dia, por 7 dias;
- Metronidazol gel 2 x ao dia por 5 dias, se desconforto vaginal;
- Tratamento do parceiro (para este pode ser Metronidazol 2g, VO, dose única);
- Recomenda-se abstinência sexual durante o tratamento;
- Quando for instituído tratamento com metronidazol, deve-se contraindicar a ingestão de bebidas e alimentos contendo etanol até três dias após o tratamento, pelo efeito antabuse;

O achado de *Trichomonas vaginalis* em uma citologia oncológica de rotina impõe o tratamento da mulher e também do seu parceiro sexual. A tricomoníase pode alterar o resultado da citologia oncológica. Quando houver alterações celulares deve-se realizar



o tratamento e repetir a citologia para avaliar se há persistência dessas alterações (MS, 2006).

4.2.1.4 CLAMÍDIA

A infecção por clamídia durante a gravidez é causa de abortamento, restrição do crescimento fetal, ruptura prematura de membranas, prematuridade, baixo peso ao nascer e infecção puerperal. O recém-nascido de mãe com infecção por *C. trachomatis* na cérvix uterina tem 60% a 70% de risco de adquirir a infecção durante sua passagem pelo canal do parto: 25% a 50% deverão desenvolver conjuntivite e 10% a 20% pneumonia (Febrasgo, 2010).

Características clínicas

- Corrimento vaginal;
- Dispareunia;
- Disúria;
- Alteração do muco (opaco e turvo);
- Muitas vezes assintomática.

Exame complementar

Pode ser feito pela Imunofluorescência indireta ou direta (material coletado de colo uterino).

Tratamento para gestante

- Azitromicina 1g, VO, dose única OU
- Amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias;
- Retorno em 7 a 10 dias para avaliação após o tratamento;
- Parceiros sexuais devem ser tratados.

Tratamento do parceiro

- Azitromicina 1g, VO, dose única.

4.2.1.5 GONORRÉIA

Na gestação, pode estar associada a um maior risco de abortamento séptico, corioamnionite, ruptura prematura de membrana, parto prematuro, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e infecção pós-parto. No recém-nascido pode levar a conjuntivite, septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite (MS, 2006).

Manifestações clínicas

- Disúria;
- Corrimento vaginal;



- Cervicite mucopurulenta;
- Secreção uretral purulenta;
- Período de incubação de 2 a 5 dias após contato sexual.

Exame complementar

- O ideal para o diagnóstico da cervicite é a cultura do gonococo em meio seletivo;
- Pode ser realizada a coleta uretral, anal e endocervical, dependendo da clínica do usuário. Se coleta endocervical: colocar espéculo sem lubrificante, limpar o colo com gaze estéril, não coletar a secreção emergente. Introduzir o swab no canal cervical no 1/3 terço externo, girá-lo delicadamente e retirá-lo sem encostar nas paredes vaginais e colocá-lo em meio de transporte Amies-ana.

Tratamento para gestante e para o parceiro

- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única;
- Retorno em 7 a 10 dias para avaliação após o tratamento.

4.2.1.6 MICOPLASMA E UREAPLASMA

Características clínicas

Corrimento vaginal fluido que pode tornar-se purulento, disúria, ardor, prurido vulvar discreto; a sintomatologia é mais frequente após o coito. Hiperemia do intróito e paredes vaginais e cérvix.

Exames complementares

A bacterioscopia pelo Gram não tem valor, pela inexistência da parede celular destes agentes infecciosos. Realizar cultura em meios específicos para Mycoplasma e Ureaplasma.

Tratamento para gestante

- Amoxicilina 500 mg, VO, 8/8 horas, 7 a 10 dias; OU
- Azitromicina 1 g, VO, dose única; OU
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias.

Tratamento para parceiros

- Azitromicina 1g, VO, dose única.

4.2.2 ÚLCERAS GENITAIS

4.2.2.1 CÂNCRO MOLE

De transmissão exclusivamente sexual, causada pelo *Haemophilus ducreyi*. Também chamado de cancróide, cancro venéreo ou Cancro de Ducrey. O período de



incubação é geralmente de 3 a 5 dias, por até 2 semanas. A doença não apresenta aparentemente riscos ao feto ou ao neonato.

Características clínicas

São lesões geralmente múltiplas, dolorosas e com bordas irregulares. O fundo é recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido. A localização mais comum na mulher é na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em aproximadamente 50% dos pacientes, o bacilo atinge os linfonodos inguinocrurais (bubão).

Diagnóstico diferencial

- Cancro duro;
- Herpes simples;
- Linfogranuloma venéreo;
- Donovanose;
- Lesões traumáticas infectadas.

Diagnóstico laboratorial

Pela coloração de Gram do material obtido da secreção da base da úlcera ou por aspiração do bubão. São observados bacilos Gram negativos “em paliçadas” acompanhadas de cocos Gram positivos (fenômeno de satelismo).

Deve-se excluir a possibilidade de sífilis por reação sorológica no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão.

Tratamento para gestantes

- Azitromicina 1g, VO, dose única; OU
- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; OU
- Estearato de eritromicina 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias;
- Medidas locais de higiene;
- Reavaliar o paciente 7 dias após o início do tratamento, período que deve haver melhora dos sintomas e da lesão;
- O tratamento dos parceiros está recomendado.

Tratamento do parceiro

- Azitromicina 1 g, VO, em dose única; OU
- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; OU
- Estearato de eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias;
- Medidas locais de higiene.

4.2.2.2 HERPES GENITAL

Causada por HSV (herpes simplex vírus) 1 e 2. Embora possam apresentar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas periorais.



Transmissão

Pode ser pelo contato sexual, contato direto com lesões ou objetos contaminados. A infecção neonatal pode ser adquirida durante a gestação em 85% dos casos (infecção transcervical ascendente, por via transplacentária ou monitorização invasiva). Entre 5 a 8 % transmissão durante o trabalho de parto e em 8-10% no pós parto, por manipulação do lactente por pessoas infectadas (Febrasgo, 2010).

Características clínicas e epidemiológicas

Na primoinfecção

- Localização mais frequente na mulher: pequenos lábios, clitóris, grandes lábios, fúrcula e colo do útero;
- Pode cursar com sinais e sintomas como: febre, mal-estar, dor local, eritema e disúria;
- Inicialmente aparecem pápulas eritematosas de 2 a 3 mm que são seguidas de vesículas com conteúdo citrino, que se ulceram após romper;
- Adenopatia inguinal;
- A primoinfecção antes da 20ª semana provoca abortamento em aproximadamente 54% dos casos e no 2º trimestre podem acontecer 35% de partos prematuros. No período final da gestação o risco de infecção neonatal é de 30 a 60% (Febrasgo, 2010).

Recorrência

- Pode ocorrer reativação do vírus nos primeiros 12 meses após a infecção primária em aproximadamente 90% dos HSV 2 e 60% dos HSV1;
- A recorrência pode estar associada à febre, traumatismos, menstruação, estresse, antibioticoterapia prolongada e imunodeficiência;
- Os sintomas são menos evidentes.

Diagnóstico diferencial

- Cancro mole;
- Sífilis;
- Linfogranuloma venéreo;
- Ulcerações traumáticas.

Diagnóstico

- Clínico;
- A coloração pelo Papanicolaou permite a observação de inclusões virais na fase de vesículas (baixa sensibilidade);
- A sorologia não é de rotina.

Tratamento

Baseado nas recomendações do Manual de DST, MS, 2006 e na Febrasgo.

- Os antivirais são eficientes em reduzir a duração do episódio e reduzir as re-



cidivas, além de reduzir a transmissão vertical e horizontal. Não existe a cura definitiva;

- O FDA aprova a utilização de drogas antivirais na primoinfecção, no episódio recorrente e na supressão durante a gestação (Febrasgo, 2010);
- Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação;
- Profilaxia periparto por 10 dias, a partir da 36ª semana com aciclovir 400 mg 3x ao dia, se ocorreu a primoinfecção na gestação ou se recidivas foram frequentes durante a gravidez (MS, 2010);
- A terapia iniciada após 36 semanas diminui a carga viral, os sintomas e previne o herpes neonatal, com queda do risco de transmissão para 14% (Febrasgo, 2010);
- A dor pode ser aliviada por analgésicos. Tratamento local com solução fisiológica 0,9% ou água boricada a 3% (para limpeza das lesões);
- Nos portadores de HIV a dosagem das drogas é similar e o tratamento deve ser mantido até que haja resolução clínica do quadro.

TRATAMENTO DO HERPES GENITAL NA GESTAÇÃO	
Indicação	Aciclovir-posologia
Infecção primária	400mg 8/8 horas (7-14dias)
Recorrentes	400mg 8/8 horas ou 800mg 2x dia (5 dias)
Dose supressão: • Se a primoinfecção ocorreu na gestação; • Se recidivas frequentes na gestação.	400mg 8/8 horas A partir de 36 semanas de gestação até o parto.

Fonte: Manual de Orientação em Doenças Infectocontagiosas, Febrasgo, 2010.

4.2.3 INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

A maioria das infecções é assintomática. Podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas que são conhecidos como condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo.

Manifestações clínicas

- Lesões exofíticas únicas ou múltiplas e de superfície irregular;
- Mais frequente na vulva, no períneo, região perianal, vagina e colo. Pode acometer conjuntivas, mucosa nasal, oral e laringea;
- Prurido e ardor ao coito.

Diagnóstico

O diagnóstico é basicamente clínico. As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliada pela colposcopia, teste de Schiller e biópsias (MS, 2006).



GESTANTES

As lesões podem atingir grandes proporções, proliferar e tornar-se friáveis. Por isso, se possível, indicar a remoção na 1ª metade da gestação.

Os tipos 6 e 11 podem causar papilomatose laringeal em recém-nascidos e crianças (situação rara). Duvidosa ainda se a via de transmissão é transplacentária, perinatal ou pós-natal. Não há sugestão de que a operação cesareana tenha algum valor preventivo. Portanto, não deve ser realizada para prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido. Apenas quando o tamanho e localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana deverá ser indicada (MS, 2006).

Tratamento

A escolha do tratamento basea-se no tamanho e número das lesões. Recomendações de tratamento baseadas de acordo com o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, MS, 2006 e Febrasgo, 2010.

- **Nunca usar Podofilina durante qualquer fase da gravidez;**
- Lesões pequenas, isoladas e vulvoperineais: ATA (ácido tricloroacético 70 a 80%, Febrasgo, 2010) em qualquer fase. Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, após o que a lesão ficará branca. Deve ser aplicada com cuidado, deixando secar antes mesmo do paciente mudar sua posição para que a solução não se espalhe. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio. Repetir semanalmente se necessário. Esse método poderá ser usado durante a gestação e recomendado o uso em lesões pequenas;
- Lesões condilomatosas grandes (excluindo colo uterino e vagina): ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência ou exérese por alça diatérmica ou LEEP, em qualquer fase da gestação; esse procedimento exige profissional habilitado, visto que pode provocar sangramento importante e deve restringir-se à lesão propriamente dita;
- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: ATA, eletro ou criocauterização a partir do 2º trimestre;
- Mulheres com condilomatose durante a gestação deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto;
- Lesões subclínicas intraepiteliais não devem ser tratadas na gravidez. Em casos excepcionais, quando há suspeita de câncer invasor, impõe-se diagnóstico por biópsia.

4.3. INFECÇÃO POR ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO DO GRUPO B NA GESTAÇÃO

A infecção por Streptococo β hemolítico (GBS) é uma importante causa de sepse, pneumonia e meningite em recém-nascidos.



Na gestação pode causar infecção urinária, abortamento, prematuridade, corio-amnionite e endometrite puerperal. Algumas são apenas portadoras de GBS e não desenvolvem doença, são consideradas colonizadas por GBS. Estima-se que 10 a 30% das gestantes sejam colonizadas (Febrasgo, 2010).

O método de rastreamento é através da cultura de secreção vaginal e retal por SWAB para GBS entre a 35ª e a 37ª semanas de gestação ou a critério médico. Uma cultura positiva significa que a gestante é portadora de GBS e não que ela ou seu concepto ficarão doentes. Não devem ser dados antibióticos orais antes do parto para as mães colonizadas porque neste momento os antibióticos não são capazes de prevenir a doença por GBS no recém-nascido. A única exceção para iniciar o tratamento durante a gestação é a infecção urinária por GBS. Neste caso, a mãe deve ser tratada no momento do diagnóstico. Conhecer as portadoras de GBS na vagina ou no reto é importante no momento do parto – quando os antibióticos são efetivos na prevenção da transmissão (Febrasgo, 2010).

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE Á UBS

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

COMPETE AO HOSPITAL

A profilaxia intraparto da infecção por GBS reduz o risco de infecção neonatal. A eficácia desta profilaxia, realizada no período intraparto, é estimada em torno de 25 a 30% dos casos, reduzindo a mortalidade em 10%. A utilização de antimicrobianos antes do trabalho de parto ou da ruptura prematura das membranas ovulares não se mostrou eficaz (Febrasgo, 2010).



Indicações de antibioticoterapia intraparto

- Gestantes com cultura de secreção vaginal positiva para GBS;
- Antecedentes de infecção de recém-nascido pelo GBS;
- Amniorrexe prematura por mais de 18 horas;
- Trabalho de parto prolongado;
- Trabalho de parto ou ruptura de membranas com menos de 37 semanas de gestação;
- Temperatura materna intraparto $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- Gestantes com história de infecção urinária por GBS, mesmo com tratamento anterior.

Profilaxia para sepse neonatal pelo GBS

- Deve ser aplicado às gestantes em trabalho de parto com um ou mais fatores de risco descritos acima;
- Iniciar a antibioticoprofilaxia e manter até o momento do nascimento;
- Penicilina G cristalina (1ª escolha) 5.000.000 UI, EV, inicialmente e 2.500.000UI, EV, a cada 4 horas até o parto; OU
- Ampicilina (2ª escolha) 2 g, EV, inicialmente, seguida de 1 g, EV, a cada 4 horas. São necessários, pelo menos, duas doses de antibióticos até o parto.

Em caso de alergia à penicilina

- Cefazolina 2 g, EV, seguido por 1G, EV, 8/8 h até o parto;
- Clindamicina 900 mg, EV, a cada 8 horas até o parto.

4.4. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO

Durante a gestação, a compressão mecânica do útero gravídico e os níveis elevados de progesterona e prostaglandinas promovem o aumento da complacência vesical, a 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. Estas mudanças predispoem à transformação das bacteriúrias assintomáticas em infecções sintomáticas do trato urinário.

Os conhecimentos atuais sobre a fisiopatologia e fatores que determinam ou favorecem o aparecimento das infecções do trato urinário (ITU) permitem orientar a terapia antimicrobiana e avançar na sua prevenção.

A ITU ocorre em 5 a 15% das gestantes e na maioria das vezes é monomicrobiana, tendo como principais agentes etiológicos: *Escherichia coli* (70 a 85% dos casos), *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus spp*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus saprophyticus* *coagulase negativa* e *Streptococcus* β hemolítico do grupo B (agalactiae).

Na eventualidade de a paciente apresentar infecção urinária pelo *Streptococcus* β hemolítico do grupo B (*Streptococcus agalactiae*), a infecção deve ser tratada por dez dias e a presença deste microorganismo deve ser registrada na Carteira da Gestante



para que possa ser realizada a profilaxia anteparto da sepse neonatal.

Complicações maternas associadas às infecções urinárias mais frequentes são: bacteremia (15 a 20%), septicemia e choque séptico podendo levar até ao óbito materno. Entre as complicações perinatais estão: prematuridade, crescimento intraútero restrito, RN com baixo peso, ruptura prematura das membranas, infecção fetal intrauterina, sepse neonatal e óbito fetal (Febrasgo, 2011).

Alguns fatores maternos predis põem à infecção urinária na gestação como infecções genitais, nefro e urolitíase, malformações do trato urinário, diabetes, hipertensão arterial, anemia, multiparidade, hábitos comportamentais inadequados (higiene, ritmo miccional, alimentação inadequada, entre outros fatores). Estas pacientes devem ser monitoradas com maior cuidado para a infecção urinária. A ITU pode manifestar-se de forma variável e seu tratamento é direcionado conforme a forma clínica que se apresenta a seguir:

4.4.1 BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA (BA)

Sua incidência varia entre de 2 a 10% no 1º trimestre da gestação. Se não for tratada, evolui para pielonefrite em 20 a 30% das vezes, e se for adequadamente tratada, essa evolução ocorrerá somente em 1 a 1,5% das gestantes (Febrasgo, 2011).

Algumas patologias aumentam a incidência da bacteriúria assintomática na gestação como: imunoglobulinopatias, anemia, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, anormalidades do trato urinário e tabagismo (Febrasgo, 2011).

Na primeira consulta de pré-natal além do exame parcial de urina, deve ser solicitada a urocultura.

A confirmação do diagnóstico laboratorial da BA se faz com o desenvolvimento de mais de 100.000 colônias (10^5) de um único microrganismo considerado como agente uropatogênico. Em casos de menor crescimento de colônias (10^3) ou desenvolvimento polimicrobiano, deve ser repetido o exame. Na permanência do número de colônias (abaixo de 10^5) a gestante não deverá ser tratada, porém deve ser monitorada com urocultura mensal.

O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura (MS, 2006).

A escolha da terapêutica adequada para o tratamento da bacteriúria assintomática deve basear-se na identificação, quantificação do agente etiológico, e na sua sensibilidade antimicrobiana através da urocultura, contagem de colônias e antibiograma. Também devem ser considerados: o quadro clínico, a idade gestacional, as prováveis interações medicamentosas para a gestante e o feto. Toda paciente com diagnóstico de BA deverá ser tratada de acordo com o antibiograma em regime de três dias e seguida com urocultura de controle após uma semana do término do tratamento e depois uma urocultura a cada trimestre.

4.4.2 CISTITE

É mais frequente no 2º e 3º trimestre da gestação e caracteriza-se por disúria, poliúria, urgência miccional, urina com odor fétido ou sangue, nictúria, dor suprapúbica



durante a micção e ocasionalmente pode cursar com febre. A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematúria francas, além do grande número de bactérias. Incide em 1 a 5% das grávidas e poucas vezes são precedidas pela bacteriúria assintomática. Pode recorrer em 30% dos casos. A cistite aguda também está associado ao trabalho de parto e parto prematuro (Febrasgo, 2011).

As cistites devem ser tratadas em regime de urgência, preferencialmente com Axetil cefuroxima – 250 mg, VO, 8/8 h por 7 dias, que pode ser usado durante toda a gestação.

O tratamento poderá ser reajustado de acordo com o antibiograma. A eficácia do tratamento é avaliada pela melhora clínica e se não houver resposta terapêutica em 72 horas pensar em resistência bacteriana ao antibiótico, então mudar o esquema terapêutico. Fazer urocultura após 7 dias do término do tratamento para controle de cura.

É importante ressaltar que a paciente sintomática deve ser tratada imediatamente, mesmo sem o resultado da urocultura.

Infecção urinária recorrente é aquela que se repete mais que três vezes ao ano.

4.4.3 PIELONEFRITE

Ocorre em 1 a 2% das gestações com recorrência em 10 a 25%. Geralmente decorre de bacteriúria assintomática não tratada. Cerca de 15% das gestantes com pielonefrite apresentam bacteremia, podendo evoluir para sepse, choque séptico e insuficiência respiratória. Associada ao trabalho de parto e parto prematuro, corioamnionite, crescimento intrauterino restrito, infecção perinatal, óbitos fetal e neonatal (Febrasgo, 2011).

Caracteriza-se por: febre, calafrios, dor lombar alta que pode irradiar-se para baixo ventre. A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. Importante salientar que os sintomas podem não ocorrer simultaneamente.

Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência. Não encaminhar para CMUM. Todas as gestantes com pielonefrite aguda têm indicação de internação hospitalar.

O tratamento hospitalar deve ser iniciado com hidratação e antibioticoterapia endovenosa logo após a coleta da urocultura. Outros exames como hemograma, níveis séricos de uréia e creatinina podem auxiliar no diagnóstico e acompanhamento do estado geral da gestante. A ultrassonografia das vias urinárias deve ser utilizada para detectar possíveis alterações anatômicas, cálculo renal e abscessos.

Os parâmetros de alta hospitalar na pielonefrite são: melhora clínica dos sintomas urinários e paciente afebril por mais de 24 horas. A prescrição do antibiótico via oral para complementação do tratamento domiciliar deverá ser conforme o antibiograma. As seguintes medicações poderão ser obtidas nas Unidades Básica de Saúde: Axetil cefuroxima, ampicilina ou cefalexina. O tempo total de tratamento deve ser de 10 a



14 dias. Após a alta hospitalar, estas grávidas devem ser monitoradas pela Unidade Básica de Saúde para a complementação do tratamento e controle de cura.

4.4.4 TRATAMENTO DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTANTE

SITUAÇÃO	OPÇÕES DE TRATAMENTO
Bacteriúria assintomática • Tratar com orientação do antibiograma; • O tratamento de 3 dias deve ser feito em pacientes imunocompetentes e sem complicações; • Realizar urocultura uma semana após o término do tratamento (controle de cura).	• Axetil Cefuroxima- 250mg, VO, 8/8 horas, por 3 dias, pode ser usado durante toda a gestação (usar se o agente for <i>Proteus spp</i>); • Cefalexina- 500mg, VO, 6/6 horas, por 3 dias (usar se o antibiograma determinar sensibilidade à cefalotina); • Ampicilina- 500mg, VO, 6/6 horas, por 3 dias, se o agente infeccioso for <i>Enterococo</i>; se for <i>Streptococo β Hemolítico do Grupo B</i>, o tratamento deve ser por 10 dias; • Nitrofurantoína- 100mg, VO, 6/6 horas, por 3 dias. Uso na gestação até 36 semanas, tomar com alimentos e não usar se o agente infeccioso for <i>Proteus spp</i>, pelo alto índice de resistência.
Recorrência da Bacteriúria assintomática	Observar o agente infeccioso e a resistência microbiana realizar o tratamento por um período mais longo (10 a 14 dias).
Cistite aguda • Tratar em caráter de urgência, solicitar urocultura 7 dias após o término do tratamento para controle de cura; • Usar preferencialmente uma das duas primeiras opções no tratamento empírico inicial e reajustar conforme resultado da urocultura/ antibiograma posterior.	• Axetil Cefuroxima- 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias e pode ser usado durante toda a gestação; • Cefalexina- 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 a 10 dias, atua sobre as bactérias habituais de infecção urinária, porém não atua sobre a <i>Enterococo</i>. Usar se antibiograma determinar sensibilidade à cefalotina; • Ampicilina- 500mg, VO, 6/6 horas, por 7 a 10 dias. Age sobre o <i>Enterococo</i> e <i>Streptococo β hemolítico do grupo B</i>, podendo ser usado inclusive no 1º trimestre; • Nitrofurantoína- 100mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias. Usar em gestações abaixo de 36 semanas; tem ação sobre os Gram-positivos incluindo <i>S.Aureus</i>, <i>S.Saprophyticus</i>, <i>Enterococos</i>, além de <i>E. Coli</i>, <i>Salmonella</i> e <i>Shigella</i>. Não usar se o agente infeccioso for <i>Proteus</i> pelo alto índice de resistência.



SITUAÇÃO	OPÇÕES DE TRATAMENTO
Recorrência da cistite aguda	Observar o agente infeccioso e a resistência microbiana e realizar o tratamento por um período mais longo (10 a 14 dias).
Pielonefrite • Encaminhar para tratamento hospitalar; • Realizar medidas gerais: hidratação, analgésico e antitérmico. Colher urina para cultura antes de iniciar o tratamento com antibióticos; • Terapêutica antibiótica deve ser iniciada logo após colhido os exames, vias parenteral, intravenosa, só passando para via oral após 24 a 48 horas da remissão dos sintomas; • UBS deve fornecer medicação e monitorar o tratamento domiciliar pós internamento; • Realizar controle de cura; • Encaminhar após o tratamento para avaliação do Alto Risco.	• Ceftriaxona - 1g, EV, a cada 12h; OU • Cefotaxima - 1g, EV, 8/8h; OU • Cefuroxima - 750 mg, EV, 8/8h. OU • Gentamicina - (Classe C-FDA)- Dose máxima de 160 mg, EV/dia, em dose única diária, dependendo da sensibilidade do antibiograma; • Dar alta somente com o resultado do antibiograma para melhor orientação da sequência do tratamento por via oral; • Após a alta hospitalar, a manutenção do tratamento por via oral deverá ser orientada pelo antibiograma, com medicação que poderá ser obtida na UBS. Uma boa opção é o uso da axetil cefuroxima, 250 mg, VO, 8/8h, sendo mantida por 14 dias. Outras opções: Cefalexina e Ampicilina.
Quimioprofilaxia • Iniciar se houver mais de dois episódios de ITU na gestação ou associados a um fator de risco como litíase, malformação do trato urinário ou dilatação pielocalicial. • Realizar urocultura mensal para controle.	• Nitrofurantoína-100mg/dia, VO, um comprimido por dia, até 36 semanas de gestação OU • Cefalexina- 500 mg/dia até o final da gestação.
Profilaxia supressiva após cada relação sexual (quando os episódios de ITU estiverem relacionados à atividade sexual). Realizar urocultura mensal.	• Nitrofurantoína 100 mg, VO, após a relação sexual, até 36 semanas ou • Cefalexina 500 mg, VO, após a relação sexual.



Considerações:

- Não se recomenda o uso de Nitrofurantoína após a 36ª semana e durante a lactação, pois há o risco de o recém-nato desenvolver anemia hemolítica, se o mesmo tiver deficiência de glicose-6 fosfato;
- Está contraindicado durante a gestação o uso de Tetraciclina, Cloranfenicol e Estolato de Eritromicina. O uso de Quinolonas no período gestacional ainda não está liberado.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

- Realizar exame parcial de urina e urocultura para todas as gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana no 1º, 2º e 3º trimestres da gestação;
- Realizar urocultura para todas as gestantes que receberam tratamento, 7 dias após o término do mesmo, para controle de cura;
- Investigar toda queixa urinária;
- Descartar infecção genital associada à infecção urinária;
- Determinar um profissional de saúde responsável pelo monitoramento do tratamento e controle de cura da gestante com ITU;
- Encaminhar as gestantes com três ou mais episódios de ITU ou após pielonefrite para o Serviço de Referência de Alto Risco;
- Realizar busca ativa às gestantes que estiveram internadas por TPP (trabalho de parto prematuro) ou ITU.

Cuidados na coleta da urina

Lavar a região genital com água e sabonete, enxugar com toalha limpa, sentar na posição contrária do vaso para afastar os grandes lábios vulvares evitando assim a contaminação da urina. Colher a primeira urina da manhã, desprezar o primeiro jato de urina e coletar o jato médio em dois recipientes estéreis entregues pela UBS. Levar o material, na unidade, no máximo em até uma hora após a coleta.



COMPETE AO HOSPITAL

- Toda paciente com diagnóstico de pielonefrite deve ser internada e ser solicitado parcial de urina com urocultura. Iniciar o tratamento logo após a coleta dos exames;
- Na alta hospitalar, deve ser entregue à paciente a prescrição e o fornecimento da medicação, necessária para a conclusão do tratamento da ITU (segundo convênio prévio com a Secretaria Municipal de Saúde que fornece a medicação aos hospitais conveniados para esta finalidade);
- Agendar consulta na UBS responsável pela gestante, através do sistema integração, na alta hospitalar;
- Encaminhar relatório de dispensação de medicação para a Secretaria Municipal de Saúde, aos cuidados da assistência farmacêutica.

4.5. A GESTANTE FUMANTE

Além de ser o principal fator de risco, isolado, 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 concepto 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 intrauterino 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, constitui-se em boa oportunidade para apoiar a cessação de fumar e/ou manter a abstinência. Os profissionais de saúde devem informar sobre os riscos do cigarro para a saúde da gestante, da gestação, do recém-nascido e para a saúde dos indivíduos que convivem com o fumante.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Procurar apoio para deixar de fumar, ao menos no período da gestação;



- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

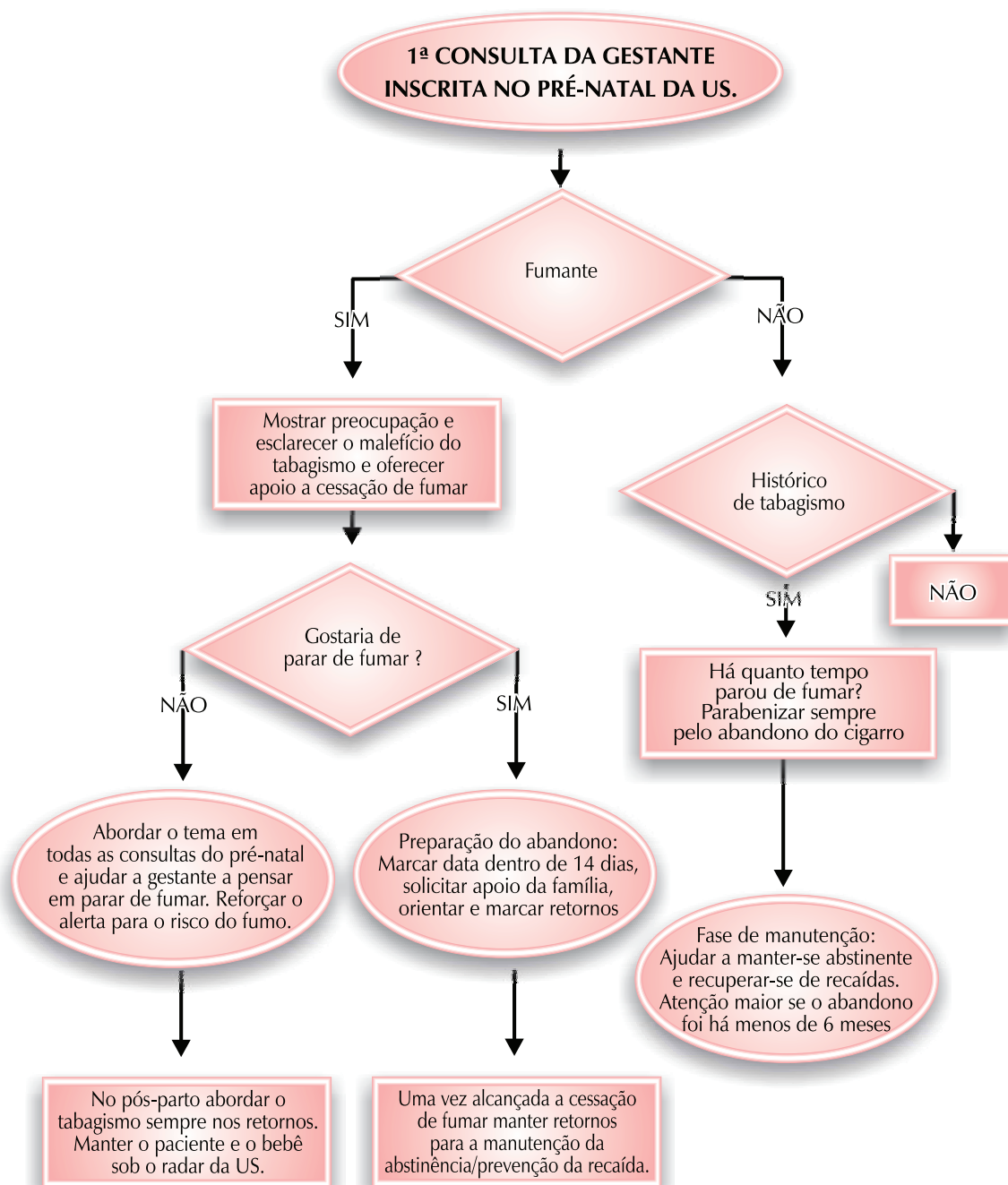
COMPETE À UBS

A equipe de saúde deve estimular a gestante a abandonar o uso do cigarro e marcar uma data para parar de fumar, preferencialmente dentro de, no máximo, 14 dias (duas semanas). Oferecer apoio e acompanhamento. 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 devem 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;
- No pós-parto marcar retornos para a manutenção da abstinência;
- Toda gestante deve evitar exposição à fumaça ambiental do tabaco (fumo passivo) no domicílio e demais ambientes fechados;
- **Parabenizar sempre toda ex-fumante por ter abandonado o cigarro;**
- **Anticoncepção oral combinada (AOC)-** Segundo a OMS, há evidências que usuárias de AOC fumantes têm risco aumentado de doenças cardiovasculares, especialmente infarto do miocárdio. Estudos evidenciam um aumento do risco proporcional ao nº de cigarros fumados ao dia. Risco associado também de tromboembolismo.



FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE FUMANTE



4.6. PREVENÇÃO DA DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

Embora a doença hemolítica neonatal causada pela incompatibilidade feto-materna para antígenos do sistema ABO seja a mais comum, esta tem caráter benigno, pois raramente é grave, excepcionalmente provoca anemia e na literatura há descrição de apenas quatro casos de hidropisia por esta causa, constituindo-se na prática em uma intercorrência neonatal. O sistema Rhesus (Rh) de grupo sanguíneo é responsável por 95% dos casos da DHPN entre nós (Baiochi –Nardozza, RBGO, 2009).

Doença Hemolítica Perinatal (DHPN) consiste na hemólise do sangue fetal decorrente da sensibilização prévia da mãe RhD negativo à hemácias fetais RhD positivo e da produção de anticorpos maternos anti-RhD. É um fator de risco para prematuridade e intercorrências neonatais.

Ocorre principalmente por transfusão feto-materno por ocasião de partos, abortamentos, sangramentos placentários ou amniocentese, geralmente anteriores à gestação atual; porém durante a gravidez e o parto ocorre a passagem de eritrócitos fetais para a circulação materna em cerca de 75% das gestações. Em relação à DHPN ante-natal, 90% são decorrentes de hemorragia transplacentária no terceiro trimestre, a maioria clinicamente silenciosas que correspondem a 1-2% das isoimunizações nas mulheres RhD negativas.

A presença de anticorpos irregulares (P.A.I.) maternos anti-RhD no sangue materno é identificada pelo teste de Coombs indireto e no sangue do recém-nascido é identificada pelo teste de Coombs direto.

Na primeira consulta pré-natal todas as gestantes devem realizar a tipagem do grupo sanguíneo ABO e do fator RhD. Se o fator RhD for negativo, deve-se solicitar a pesquisa de anticorpos irregulares (P.A.I.) através do teste de Coombs indireto no início da gestação e repeti-la com 24 e 28 semanas de gestação. Não repetir mais na gestação após ser administrado à imunoglobulina anti-D.

Em 1960, Lilley demonstrou que a imunização RhD podia ser prevenida pela administração passiva de imunoglobulina anti-D. Esta prática diminui a incidência de aloimunização RhD de 1,8% para 0,07% dos casos (Cunningham, 1997). Sua prevenção é de competência de todos os serviços ambulatoriais e hospitalares que assistem à gestante.

No Brasil, a incidência da isoimunização materna pelo fator Rh, é em torno de 5 a 6 mulheres a cada grupo de 1.000 gestantes (Febrasgo, 2011).

A imunoglobulina utilizada na profilaxia é a mesma que seria produzida pela gestante no caso de uma sensibilização (IgG antiD). Desta forma, além do efeito protetor na circulação materna, uma parcela desta imunoglobulina pode atravessar a barreira placentária provocando hemólise no feto. Entretanto, tal evento é bastante limitado e não chega a provocar doença fetal. Contudo, não se deve aplicar a imunoglobulina anti-RhD próxima ao termo da gestação, pois se o parto ocorre logo em seguida, o recém-nascido poderá apresentar icterícia neonatal. Por este motivo, não se preconiza a profilaxia ante-natal após a 34ª semana de gestação.



A prevenção da sensibilização pelo fator Rh deve ser realizada pela administração de imunoglobulina anti-D nas seguintes situações em mães Rh negativo (com Coombs indireto negativo e fator RhD paterno positivo ou desconhecido):

- Após procedimentos invasivos: amniocentese, cordocentese, biópsia de vilo corial;
- Após sangramento obstétrico (por exemplo: placenta prévia) com risco de hemorragia feto-materna significativa;
- Entre a 28ª e a 34ª semana de gestação;
- Após aborto, gravidez ectópica ou mola hidatiforme;
- Após o parto de mães com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo;
- Idealmente, a imunoglobulina deverá ser administrada até 72 horas após o parto ou evento obstétrico;
- Gestantes Rh negativo submetidas a laqueadura tubária também deverão receber imunoglobulina anti-D.

Fonte: Manual Técnico Gestação de Alto Risco, MS, 2010.

177

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

- Investigar o fator RhD de todas as gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana;
- Para gestantes RhD negativo, investigar o fator RhD paterno;
- 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;
- Se o fator RhD paterno for positivo ou desconhecido, deve-se proceder ao teste de Coombs indireto no início do pré-natal e repetir com 24 e com 28 semanas;



- Encaminhar as gestantes que apresentarem teste de **Coombs indireto positivo** no início da gravidez para o **pré-natal de alto risco**;
- Administrar imunoglobulina anti-RhD entre 28ª e 34ª semana de gestação para toda a gestante RhD negativo com parceiro RhD positivo ou desconhecido e com teste de Coombs indireto negativo;
- Não aplicar imunoglobulina anti-RhD após a 34ª semana de gestação, pois se houver a ocorrência do parto logo em seguida, o recém nascido poderá desenvolver icterícia neonatal;
- O teste de **Coombs indireto não deve ser solicitado após a administração da imunoglobulina anti-RhD**, pois ficará positivo com títulos de no máximo 1:64 e tende a negativar em até 8 semanas ou permanecer com títulos baixos (Técnica de Gel Centrifugação da DiaMed Latino América S.A. utilizada pelo Laboratório Municipal de Curitiba);
- Registrar no prontuário eletrônico e na Carteira da Gestante os resultados dos exames, as intercorrências da gestação e do puerpério e a data da administração da imunoglobulina anti RhD realizada durante a gravidez.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Administrar imunoglobulina anti-RhD dentro de 72 horas a toda gestante RhD negativo com parceiro RhD positivo ou desconhecido, quando ocorrer: aborto, gravidez ectópica, morte fetal intraútero, mola hidatiforme, trauma abdominal, biópsia de vilos coriais, amniocentese, cordocentese ou manipulação obstétrica, independente do período gestacional e sangramento durante o período gestacional;
- Investigar o fator RhD de todos os recém-nascidos de puérperas RhD negativo e realizar teste de Coombs direto de recém-nascidos RhD positivo;
- Realizar o teste de Coombs indireto em todas as puérperas RhD negativo com recém-nascido RhD positivo logo após o parto;
- Fazer a imunoglobulina anti-RhD até 72 horas após o parto nas seguintes situações:
 - Em puérperas com Coombs indireto negativo e recém-nascido RhD positivo e Coombs direto negativo;
 - Em puérperas que receberam imunoglobulina anti RhD durante a gestação e apresentam Coombs indireto com título de até 1:4 (pela técnica aglutinação em tubo, utilizada nos hospitais; nestes casos, títulos baixos não significam sensibilização) e recém-nascido RhD positivo e Coombs direto negativo; porém, se a imunoglobulina anti-RhD foi aplicada há menos de 8 semanas do parto estes títulos poderão estar maiores e a puérpera deverá ser melhor investigada.
- Não fazer a imunoglobulina anti-RhD nas seguintes puérperas:
 - Se o Coombs indireto materno é positivo desde o início da gestação (sensibilização materna);



- Em puérperas com recém-nascidos com RhD positivo e Coombs direto positivo (sensibilização materna);
- Em puérperas com recém-nascidos RhD negativo.
- Registrar no prontuário e na Carteira da Gestante os resultados dos exames e a data da aplicação da imunoglobulina Anti RhD realizada no pós-parto;
- Orientar a puérpera a procurar a UBS precocemente, se ocorrer icterícia neonatal;
- Encaminhar as puérperas às UBS após alta hospitalar para a consulta puerperal e a consulta de puericultura para o recém-nascido.

4.7. DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

O *diabetes mellitus* ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não pode eficazmente usar a insulina produzida. Estima-se mundialmente que mais de 180 milhões de pessoas tenham diabetes (WHO, 2008). Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção do endotélio.

A gestação constitui um momento oportuno para o rastreamento do diabetes e pode representar a grande chance de detecção de alterações da tolerância à glicose na vida de uma mulher. Os efeitos adversos para a mãe e para o concepto podem ser prevenidos/atenuados com orientação alimentar e atividade física e, quando necessário, uso específico de insulina. Há forte associação entre obesidade, diabetes gestacional e graus leves de intolerância à glicose.

Os sintomas decorrentes da hiperglicemia acentuada incluem perda de peso inexplicada, polidipsia, poliúria, polifagia e infecções, contudo a maioria dos pacientes são assintomáticos.

A hiperglicemia durante a gestação causa problemas à mãe, ao concepto e à placenta.

A gestante portadora de *Diabetes Mellitus*, não tratada tem maior risco de pré-eclâmpsia, rotura prematura de membrana, trabalho de parto pré-termo, ganho de peso excessivo, infecções de trato urinário, vulvovaginais e puerperais.

Riscos fetais incluem macrosomia, que pode complicar com distócia de ombro e tocotraumatismos, além de polidrâmnio, malformações congênitas, restrição de crescimento e óbito fetal.

Recém-nascidos de mães diabéticas podem apresentar prematuridade, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, icterícia e desconforto respiratório.

Existe maior risco de desenvolvimento futuro de diabetes tipo 2 nas gestantes que desenvolvem *diabetes mellitus* gestacional ou graus leves de intolerância à glicose. As ações como mudanças no estilo de vida, na dieta e nos exercícios físicos devem continuar após a gestação, para impedir ou retardar o desenvolvimento do diabetes nestas mulheres.

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

- **Diabetes tipo 1** (antes conhecida como diabetes insulino dependente ou diabetes juvenil): ocorre uma ausência de produção de insulina (WHO, 2008).



O termo tipo 1 indica destruição de células beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando sua administração é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte;

- **Diabetes tipo 2** (antes conhecida como diabetes não insulino dependente ou de início na idade adulta): cerca de 90% dos casos. Deve-se em grande parte à inatividade física e ao peso corporal excessivo (WHO, 2008). O termo tipo 2 designa deficiência relativa de insulina. Nesses casos, pode-se utilizar antidiabéticos orais e mesmo insulina para controlar a hiperglicemia. A cetoacidose é rara e, quando presente, pode ser decorrente de infecção ou estresse. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura;
- **Diabetes gestacional** é o diabetes mellitus que é diagnosticado na gravidez, pela primeira vez. É mais frequentemente diagnosticado através do exame de rastreamento no pré-natal, do que pela manifestação de sintomas (WHO, 2008). Geralmente desaparece no período pós-parto, podendo retornar anos depois.

4.7.1 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

GLICEMIA DE JEJUM

- É o primeiro teste para avaliação glicêmica da gestante;
- Deve ser solicitado para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal;
- A glicemia de jejum permite a detecção de alterações glicêmicas prévias à gestação;
- Coletar o exame após jejum de 8 a 12 horas;
- Interpretar segundo a tabela de Conduta Frente aos Resultados, da glicemia de jejum, baseada nas recomendações da *American Diabetes Association* (ADA), 2011.

TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TOTG)

- A gestante deve estar em jejum de 8 horas antes da realização do exame;
- Nos três dias que antecedem ao exame, a gestante deve seguir sua dieta habitual, sem restrição de açúcar;
- Coletar amostras de sangue periférico com a gestante em jejum e nos tempos de 1 e 2 horas após receber a carga de 75 g de glicose oral;
- 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);
- Não interromper a administração de medicamentos de uso contínuo;
- Em caso de vômitos, antes de coletar as outras amostras, interromper o exame e marcar nova data.



GLICEMIA DE JEJUM	
Conduta frente aos resultados (ADA 2011)	
$\leq 99^*$ mg/dl	Normal. Realizar TOTG de rotina, preferencialmente entre a 24ª e 28ª semana de gestação.
100 a 125 mg/dl	Repetir a glicemia de jejum. Persistindo entre esses valores: • Orientação dietética; • Realizar TOTG entre a 24ª e 28ª semana de gestação, exame com 3 pontos (Ver valores de referência na tabela de TOTG abaixo).
≥ 126 mg/dl	Repetir glicemia de jejum imediatamente (o teste precisa ser confirmado em outro dia). Se persistir glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl, considerar diabetes , encaminhar para avaliação do Serviço de Referência de Alto Risco.

*Considera-se este valor de referência para primeira metade da gestação.

TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE- TOTG
Realização de 3 coletas - 75 g de glicose preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação TOTG anormal quando um ou mais valores são atingidos ou ultrapassados ADA- 2011
Jejum ≥ 92 mg/dl*
1 hora ≥ 180 mg/dl
2 horas ≥ 153 mg/dl
Um valor anormal já caracteriza o diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional.

Fonte: HAPO, ADA, SBD e FEBRASGO, 2011.

*Valor de referência válido para TOTG a partir da 24ª semana de gestação.



COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

• Quanto à glicemia de jejum:

- Solicitar glicemia de jejum na primeira consulta do pré-natal;
- Se glicemia ≤ 99 mg/dl – realizar TOTG preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação;
- Se glicemia entre 100-125 mg/dl - repetir a glicemia de jejum. Persistindo entre esses valores deve-se realizar orientação dietética e TOTG entre a 24ª e 28ª semana de gestação (exame com 3 pontos);
- Se glicemia ≥ 126 mg/dl - repetir a glicemia de jejum. Se persistir com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl considerar diabetes e encaminhar para avaliação do Serviço de Referência de Alto Risco.

Obs.: Se encaminhar ao serviço do Hospital de Clínicas, proceder ao fluxo da seguinte maneira no sistema: Médico Ginecologista obstetra- obstetrícia diabetes.

• Quanto ao TOTG:

- Realizar teste de tolerância à glicose preferencialmente entre 24 e 28 semanas de gestação (jejum, 1 e 2 horas após sobrecarga);
- Para toda gestante que for solicitado o TOTG, deverá ser agendado retorno com o médico em 7 dias, para agilizar o encaminhamento desta grávida ao alto risco se o diabetes for confirmado;
- Encaminhar todas as gestantes com TOTG alterado (um ou mais valores) ao Serviço de Referência de Alto Risco.

Obs.: Se encaminhar ao serviço do Hospital de Clínicas, proceder ao fluxo da seguinte maneira no sistema: Médico Ginecologista obstetra- obstetrícia diabetes.

• Confirmado o diagnóstico de diabetes:

- Registrar os resultados dos exames no prontuário e na carteira da gestante. Encaminhar para avaliação do Serviço de Referência de Alto Risco;

Obs.: Se encaminhar ao serviço do Hospital de Clínicas, proceder ao fluxo



- da seguinte maneira no sistema: Médico Ginecologista obstetra- obstetrícia diabetes;
- Alterar a vinculação para maternidade de alto risco;
 - Monitorar a adesão ao tratamento e ao controle glicêmico, através das glicemias capilares;
 - Fornecer glicosímetro após assinatura do termo de recebimento e devolução do mesmo;
 - Realizar orientações nutricionais;
 - 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

- Solicitar glicosímetro à UBS;
- Informar à UBS de origem o não comparecimento da gestante às consultas agendadas;
- Instituir ou reforçar orientações quanto à dieta e atividade física. Insulina, se necessário;
- Realizar parcial de urina e urocultura trimestralmente;
- Realizar ecografias seriadas;
- Calendário de consultas: mensais até a 24ª semana, quinzenais da 24ª a 32ª semana e após, semanais até o parto. As consultas serão mais frequentes na presença de outras complicações materno-fetais e dependendo do controle glicêmico;
- Registrar informações de exames, tratamento e intercorrências no prontuário e na carteira da gestante;
- **Avaliação fetal:**
 - O bem-estar fetal se baseia fundamentalmente em manter a euglicemia materna. A avaliação fetal deve ser realizada dependendo da gravidade e das condições metabólicas da gestante conforme segue as orientações preconizadas pelo Manual Técnico Gestação de Alto Risco, MS, 2010.
 - Monitoramento fetal feito por: mobilograma, cardiotocografia anteparto com estímulo vibroacústico, perfis biofísico e hemodinâmico fetais (dopplervelocimetria) a partir da 28ª a 30ª semana de gestação, sendo orientado a repetição de maneira individualizada (Febrasgo, 2011).



**RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO FETAL
DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DIABETES**

	Diabetes gestacional bem controlado com dieta	Gestantes diabéticas insulino-dependentes	
		<u>Sem</u> vasculopatia	<u>Com</u> vasculopatia
Ultrassonografia e ecografia inicial	18–20 semanas ou no diagnóstico	18–20 semanas	18–20 semanas
Início da contagem de movimentos fetais	Não indicada	26–28 semanas	26–28 semanas
Início da avaliação do crescimento fetal	28 semanas	28 semanas	26 a 28 semanas
Periodicidade da avaliação do crescimento fetal	Cada 4 semanas	Cada 4 semanas	Cada 4 semanas
Cardiotocografia basal ou PBF início	Não indicada	32 semanas	28–32 semanas
Periodicidade da Cardiotocografia Basal ou PBF	Não indicada	2 vezes por semana, podendo alternar os dois exames	2 vezes por semana, podendo alternar os dois exames
Dopplerfluxometria de artéria umbilical fetal	Não indicada	Não indicada	Indicada
Limite para o parto	40 semanas	Pode ser anterior ao termo dependendo das condições materno-fetais	Com evidências de maturidade pulmonar ou 38 semanas

Fonte: Baseado no Manual Técnico Gestação de Alto Risco, MS, 2010.



MONITORAMENTO

- Deve ser individualizado para todas as gestantes;
- Realizado pela gestante através das glicemias capilares.

GLICEMIA CAPILAR*		
Controle glicêmico	Resultados	Conduta
Bom	Jejum < 95 1 h pós- prandial < 140 e 2 h pós- prandial < 120	Medidas não farmacológicas (dieta e atividade física)
Ruim	Jejum > 95 1 h pós- prandial ≥ 140 ou 2 h pós- prandial ≥ 120	Reforço de medidas não farmacológicas e insulinoterapia.

*Coletas de sangue em jejum, 1 ou 2 horas após o café da manhã, almoço ou jantar.

4.7.2 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

A orientação nutricional da gestante diabética tem como objetivo o bom controle glicêmico, conforme a tabela acima.

- Gestantes com náuseas e vômitos frequentes devem ser orientadas quanto à hipoglicemia e cetonúria;
- Fracionar a alimentação (3 refeições principais e 2 a 3 lanches), com menor volume e intervalos regulares. A ceia tem grande importância, em especial para mulheres que fazem uso de insulina à noite;
- Consumir arroz, pães e massas com moderação e preferencialmente na forma integral;
- Evitar comer arroz, macarrão e batata na mesma refeição. Se for comer algum desses alimentos juntos, reduzir as quantidades;
- Preferir comer a fruta (no máximo 3 porções ao dia) ao invés de beber o suco de fruta natural, pois além de concentrar mais calorias contém menor teor de fibras;
- Estimular o consumo de fibras como aveia, leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico), maçã com casca, laranja e cenoura;
- Evitar os alimentos que contém sacarose (açúcar refinado, cristal ou mascavo), frutose, glicose, mel, melado, bebidas açucaradas como refrigerantes, sucos e refrescos artificiais e doces em geral;
- Os adoçantes atualmente aprovados para o uso pelas gestantes são: aspartame, acesulfame-K, sacarina, sucralose e neotame (Femina, 2010). Devem ser usados com moderação;
- Ler sempre os rótulos dos alimentos e observar se vem escrito “isento de açúcar” ou “indicado para diabéticos”.

Plano alimentar

O plano alimentar é elaborado pelo nutricionista e baseia-se nos princípios da



alimentação saudável, no diagnóstico do estado nutricional, nos hábitos e preferências alimentares, entre outros.

Está disponível a seguir, um exemplo de cardápio básico, com 2.200 kcal, construído a partir do número de porções, com lista de substituições de alimentos, recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006).

PORÇÕES DIÁRIAS PARA SATISFAZER NECESSIDADES NUTRICIONAIS DE 2.200 kcal							
GRUPO DE ALIMENTOS	Cereais, tubérculos e raízes	Verduras e Legumes	Frutas	Feijões	Leite e derivados	Carnes e ovos	Óleos e gorduras
PORÇÕES	7	5	3	2	3	1½	2
CARDÁPIO COM 2.200 kcal							
REFEIÇÃO	GRUPO DE ALIMENTOS	PORÇÕES	EXEMPLOS				
CAFÉ DA MANHÃ	Leite e derivados	1	1 copo de leite desnatado (pode ser adicionado café ou chá)				
	Cereais, tubérculos e raízes	1 ½	1 ½ pão francês				
	Óleos e gorduras	1	½ colher de sopa de margarina sem gordura trans				
	Frutas	1	1 fatia de mamão formosa (pode ser batido com o leite)				
LANCHE DA MANHÃ	Frutas	1	1 banana				
	Cereais, tubérculos e raízes	1	2 ½ colheres de sopa de aveia				
ALMOÇO	Verduras e Legumes	3	Alface à vontade 2 colheres de sopa de abóbora cozida 2 colheres de sopa de couve refogada				
	Cereais, tubérculos e raízes	1 ½	6 colheres de sopa de arroz				
	Feijões	1	1 concha média de feijão				
	Carnes e ovos	1	3 ½ colheres de sopa de carne moída refogada				
	Óleos e gorduras	½ (meia)	1 colher de sobremesa de óleo para o preparo dos alimentos				



CARDÁPIO COM 2.200 KCAL			
REFEIÇÃO	GRUPO DE ALIMENTOS	PORÇÕES	EXEMPLOS
LANCHE DA TARDE	Leite e derivados	1	½ copo de leite desnatado (pode ser adicionado café ou chá) 1 ½ fatia de queijo mussarela
	Cereais, tubérculos e raízes	1	2 fatias de pão integral
	Frutas	1	1 laranja
JANTAR	Verduras e Legumes	2	4 fatias de tomate comum 3 colheres de sopa de acelga
	Cereais, tubérculos e raízes	1 ½	6 colheres de sopa de arroz
	Feijões	1	1 concha média de feijão
	Carnes e ovos	½ (meia)	1 ovo cozido
	Óleos e gorduras	½ (meia)	1 colher de sobremesa de óleo para o preparo dos alimentos
CEIA	Leite e derivados	1	1 pote de iogurte desnatado com frutas
	Cereais, tubérculos e raízes	½ (meia)	3 biscoitos de leite sem recheio

Fonte: Adaptado do Guia Alimentar para a população brasileira (2006) pela Coordenação de Alimentação e Nutrição da SMS Curitiba

LISTA DE ALIMENTOS SUBSTITUTOS POR GRUPO E QUANTIDADE		
Grupo de alimentos	Quantidade equivalente a uma porção, em medidas caseiras	
VERDURAS E LEGUMES	Verduras de folhas à vontade	3 colheres de sopa de abobrinha, acelga, broto de feijão, chuchu, couve-flor, espinafre ou pimentão cozido
	1 unidade de pepino japonês ou 4 colheres de sopa de pepino picado	4 fatias de tomate comum ou 7 unidades de tomate cereja
	2 colheres de sopa de abóbora, berinjela, beterraba, cenoura, couve manteiga, ervilha fresca, jiló, quiabo ou vagem cozida	5 colheres de sopa de brócolis, repolho ou de salsão
	3 unidades de rabanetes pequenos	



LISTA DE ALIMENTOS SUBSTITUTOS POR GRUPO E QUANTIDADE		
Grupo de alimentos	Quantidade equivalente a uma porção, em medidas caseiras	
CEREAIS, TUBÉRCULOS E RAÍZES	1 pão francês 1 pão de leite (tipo para cachorro-quente) 1 xícara de cereal matinal (tipo Sucrilhos® sem açúcar) 1 fatia fina de bolo simples (sem cobertura e recheio) 2 fatias de pão de forma, integral ou de centeio 2 ½ colheres de sopa de aveia 4 fatias de torrada de pão integral 5 biscoitos tipo <i>cream cracker</i> 6 biscoitos de leite sem recheio 6 fatias finas de torrada de pão francês 3 xícaras de pipoca	1 espiga de milho verde ou 7 colheres de sopa de milho debulhado 1 ½ unidade de batata cozida (200g) ou 3 colheres de sopa de batata picada 2 fatias de polenta sem molho 2 ½ colheres de sopa de farinha de mandioca 3 colheres de sopa de purê de batata sem molho 3 ½ colheres de sopa de macarrão 3 ½ colheres de sopa de farinha de milho 4 colheres de sopa de arroz cozido 4 colheres de sopa de mandioca cozida 6 colheres de sopa de arroz integral
FRUTAS	½ unidade de goiaba ou de mamão papaia 1 unidade de banana, caqui, laranja, pêra, maçã, mimosa, mexerica ou tangerina 1 fatia de abacaxi ou de mamão formosa 2 unidades de carambola, kiwi, nectarina ou pêssego 2 fatias pequenas de melão ou melancia 3 unidades de ameixa	10 unidades de morango 8 grãos de uva Itália ou 20 grãos de uva comum 20 unidades de jabuticabas ou cereja fresca ½ xícara de chá de salada de fruta (banana, laranja, maçã, mamão) ½ xícara de chá de polpa de manga batida ou de suco de maracujá puro ½ copo (125 ml) de suco de laranja puro
FEIJÕES	1 concha média de feijão com o caldo (metade da concha deve ser de caldo) 2 colheres de sopa de grão de feijão ou lentilha ou grão de bico	2 ½ colheres de ervilha seca cozida 3 colheres de sopa de soja cozida



LISTA DE ALIMENTOS SUBSTITUTOS POR GRUPO E QUANTIDADE		
Grupo de alimentos	Quantidade equivalente a uma porção, em medidas caseiras	
LEITE E DERIVADOS	1 copo (250 ml) de leite semidesnatado ou desnatado 3 colheres de sopa de leite desnatado em pó 1 xícara de chá de leite integral (de caixa) ou Tipo C (de pacote) 2 colheres de sopa de leite integral em pó 1 ½ copo de iogurte desnatado natural ou com frutas	1 fatia de queijo minas frescal 1 ½ fatia de queijo prato 2 fatias de ricota 3 fatias de queijo mussarela 3 colheres de sopa de queijo parmesão ralado 1 ½ colher de sopa de requeijão light
CARNES E OVOS	1 bife de carne de boi magra, de fígado de boi ou de peito de frango pequeno e grelhado 1 coxa ou sobrecoxa cozida ou assada sem molho e sem pele 3 ½ colheres de sopa de carne moída refogada	4 pedaços pequenos de carne magra cozida 2 filés de peixe (merluza) assado, grelhado ou cozido 2 fatias médias de mortadela light 2 unidades de ovos cozidos 1 unidade de hambúrguer grelhado
ÓLEOS E GORDURAS	½ colher de sopa de margarina sem gordura trans 1 colher de sopa de óleo vegetal (soja, milho, girassol ou canola)	1 colher de sopa de azeite de oliva

Fonte: Adaptado do Guia Alimentar para a população brasileira (2006) pela Coordenação de Alimentação e Nutrição da SMS Curitiba

4.7.3 TRATAMENTO E CONDUTA

NA GESTAÇÃO

É importante manter um bom controle glicêmico já descrito (monitoramento) que pode ser obtido pela terapia nutricional, baseada nos princípios básicos de uma alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e suspensão do fumo, associados ou não à insulino-terapia. Insulina permanece a medicação de escolha para o tratamento de diabetes na gestação.

A insulina deve ser mantida em todas as gestantes que já faziam uso e iniciada em diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou em diabéticas gestacionais que não obtiveram controle satisfatório com a dieta e exercícios físicos. Os ajustes de doses são baseados nas medidas da glicemia. O monitoramento da glicemia em casa, através de glicosímetro, é o método ideal de controle. As gestantes



com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe básica e pela equipe do pré-natal de alto risco (MS, 2006).

NO PUERPÉRIO

As pacientes que apresentarem *diabetes mellitus* gestacional devem retornar entre 6 e 8 semanas de puerpério para realização do TOTG-75 g e reclassificação quanto à tolerância à glicose (ADA, 2011). Seguir as recomendações da Diretriz de Atenção à Pessoa com *Diabetes Mellitus* Tipo 2.

As pacientes com TOTG normal devem ser orientadas quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento futuro de intolerância à glicose ou diabetes. Devem ser incentivadas a manter o peso sob controle ($IMC < 25$) e realizar, ao menos, uma glicemia de jejum anual.

4.8. TIREOIDOPATIAS

As doenças da Tireóide representam a segunda intercorrência endócrina mais prevalente na gestação. Os hormônios tireoidianos são importantes para o desenvolvimento cerebral fetal.

O rastreio universal de gestantes para doenças da tireoide não é preconizado, mas a pesquisa destas patologias em determinados grupos específicos que possuem maior risco (gestantes com história pessoal ou familiar de patologias da tireoide) é fortemente recomendada (Manual Técnico Gestação de Alto Risco, MS, 2010).

Mulheres com disfunções tireoidianas podem ter amenorréia, irregularidade menstrual, prejuízo da fertilidade, maiores taxas de perdas gestacionais e repercussões perinatais.

HIPERTIREOIDISMO MATERNO

A prevalência varia de acordo com o serviço, de 0,05 chegando a 1,4% nos serviços de referência (Febrasgo, 2011).

A clínica inclui exoftalmia, taquicardia materna, perda de peso, sudorese, nervosismo, tremores, fadigas, etc. Pode ser observado taquicardia fetal.

Diagnóstico laboratorial: TSH baixo e T4 livre elevado.

Associação da tireotoxicose e gestação podem levar a: abortamentos, insuficiência lútea, restrição de crescimento intraútero, parto prematuro e pré-eclâmpsia.

Segundo as recomendações da Febrasgo, 2011, o tratamento na gestação:

- Busca a normalização da tireotoxicose;
- Utilizar as menores doses necessárias de antitireoidianos para o tratamento pois ultrapassam a barreira placentária, podendo atingir e comprometer o feto;
- O tratamento é feito com propiltiouracil (PTU) ou metimazol;
- A melhor opção é o PTU pois atravessa a placenta mais lentamente que o metimazol e a dose secretada no leite é 10% do nível sérico materno. O metimazol se encontra em concentrações iguais às maternas;



- O uso dessas drogas pode determinar leucopenia, artralgia, efeitos gastrintestinais, febre, vasculites e hepatites (que são mais comuns com o PTU, podendo ser substituído por metimazol);
- Iniciar esquemas com 300 ou 400 mg de PTU ou 30 a 40 mg de metimazol e ajustes de doses durante a gestação de acordo com as avaliações clínicas e laboratoriais;
- O uso de dose inferior a 200 mg de PTU é segura de não se determinar hipotireoidismo, excepcionalmente pode ocorrer bócio fetal. Com 100 mg de PTU, o bócio e o hipotireoidismo fetais são praticamente inexistentes.
- Contraindicada iodoterapia radioativa.

HIPOTIREOIDISMO MATERNO

A prevalência varia de 0,9 a 3% e a tendência é piorar com o decorrer da gestação pois existe uma necessidade maior de hormônio tireoidiano, determinando uma reposição crescente em relação à dose inicial.

A clínica depende da intensidade da doença, podendo incluir: fraqueza, letargia, sonolência, raciocínio lento, perda de memória, ganho de peso, pele seca e outros.

Diagnóstico laboratorial: TSH aumentado e T4 -T3 baixos.

Aumento na incidência de anormalidades congênicas e partos pré-termo. Gestantes com hipotireoidismo não tratado têm filhos menos inteligentes que as submetidas a tratamento, comprovado em trabalho, com acompanhamento até os 7 anos. Maior incidência de hipertensão nas pacientes com hipotireoidismo (Febrasgo, 2011).

Segundo as recomendações da PROAGO- Febrasgo, 2011, o tratamento na gestação:

- Tratamento com reposição de levotiroxina em doses variáveis, com administrações únicas em jejum, longe da primeira refeição;
- O diagnóstico da gestação requer aumento imediato da dose de levotiroxina devendo o ajuste manter o TSH no limite inferior da normalidade, de preferência $< 2,5$ mU/L no 1º trimestre e $< 3,0$ mU/L no 2º e 3º trimestres e T4 livre normal;
- Gestantes com TSH entre 5 -10 mU/L: aumento médio da levotiroxina deve ser de 25 - 50 μ g;
- Gestantes com TSH entre 10 -20 mU/L: aumento médio da levotiroxina deve ser de 50 - 75 μ g;
- Gestantes com TSH > 20 mU/L: aumento médio da levotiroxina deve ser de 75 - 100 μ g;
- O acompanhamento laboratorial se faz a cada 40 a 60 dias.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;



- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE A UBS

- Encaminhar ao Serviço de Referência de Alto Risco toda gestante com diagnóstico prévio à gestação de hipotireoidismo e hipertireoidismo;
- Encaminhar toda gestante com TSH alterado para avaliação do Serviço de Referência de Alto Risco;
- A UBS deve monitorar a gestante encaminhada para Serviço de Referência de Alto-Risco.

HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

O hipotireoidismo congênito tem incidência variável, ocorrendo de 1:1.800 nascidos vivos na Grécia, 1:10.000 na França e no Brasil, a incidência de 1 caso para cada 2.500 nascidos vivos.

Clinicamente o hipotireoidismo congênito pode apresentar: hipotonia muscular, cianose, icterícia, constipação, hipotermia, bradicardia, anemia, sonolência excessiva, choro rouco, hérnia umbilical, alargamento de fontanelas, mixedema, sopro cardíaco, macroglossia, dificuldade na alimentação, deficiente crescimento ponderoestatural, atraso na dentição, retardo na maturação óssea, pele seca e sem elasticidade, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor. É uma das principais causas preveníveis de retardo mental (MS, 2010).

Se não tratado e acompanhado de forma adequada, mesmo com diagnóstico precoce, podem ocorrer complicações irreversíveis, como prejuízos no desenvolvimento mental e no crescimento (MS, 2010).

4.9. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

Muitas recomendações citadas são baseadas no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério, Ministério da Saúde, 2006, do Manual de Gestação de Alto Risco, Febrasgo, 2011 e Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2010.

As síndromes hipertensivas complicam aproximadamente 7% das gestações. É a complicação mais comum na gestação e relaciona-se diretamente a altas taxas de mortalidade materna e perinatal, sendo a principal causa de hipóxia periparto.



CLASSIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

- Hipertensão arterial crônica;
- Hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia;
- Hipertensão gestacional;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

4.9.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

É definida como hipertensão de qualquer etiologia (pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg) presente antes da gravidez ou diagnosticada até a 20ª semana da gestação. Se mantém após o puerpério (não se resolve até 12 semanas após o parto) e não há modificação de seu curso clínico pela gravidez.

Mulheres hipertensas que engravidam têm maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia. As intercorrências fetais mais comuns são: restrições do crescimento intrauterino (RCIU), oligoâmnios e infartos placentários múltiplos.

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADULTOS COM 18 ANOS OU MAIS		
Pressão arterial, mmHg		
Categoria	Sistólica	Diastólica
Normal	< 120 e	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estagio 1	140-159 ou	90-99
Estagio 2	≥ 160	≥ 100

Fonte: Manual Técnico Gestação de Alto Risco, MS, 2010.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

É importante ressaltar que o uso de inibidores de ECA (como captopril e enalapril) e antagonistas da angiotensina II (como losartan) são contraindicados na gestação pela associação com malformações e outras alterações fetais (restrição do crescimento fetal, oligodrâmnio, insuficiência renal neonatal, hipoplasia pulmonar, deformidades de face e extremidades e morte neonatal).

Metildopa – droga de preferência

A metildopa é considerada a melhor opção face à ampla experiência com esta droga e pela ausência de efeitos sobre o feto.

- Grau de recomendação na gestação: A (Febrasgo, 2011);
- Apresentação - Comp. 250 mg;
- Posologia - 500 a 2.000 mg/dia;



- Intervalo (horas): 8/8 ou 12/12 h;
- Efeitos adversos: hipotensão, sedação, anemia hemolítica, febre e rebote na retirada. Eventualmente, aumento das enzimas hepáticas: alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST).

Furosemida:

Uso restrito às emergências, como edema agudo de pulmão.

Diurético: não deve ser iniciado como droga de tratamento ambulatorial durante a gestação, mas pode ser mantido se a mulher engravidar em uso e estiver bem controlada

ORIENTAÇÕES GERAIS

A dieta tem um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio, baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial;

- Manter ganho de peso adequado para a idade gestacional;
- Evitar temperos e caldos concentrados. Preferir temperos naturais como cebola, alho, salsinha, cheiro verde, alecrim, orégano, limão e manjeriço;
- Preparar os alimentos sem sal e adicionar o sal no prato (até 5 gramas de sal/dia o que equivale a 1 colher rasa de chá) nos casos leves ou moderados e até 2 gramas de sal/dia (aproximadamente 1/2 colher de chá rasa) nos casos graves;
- Evitar alimentos ricos em sódio como embutidos (salame, presunto, linguiça, mortadela, salsicha); conservas (picles, azeitona, pepino); enlatados (extrato de tomate, milho e ervilha), entre outros;
- Evitar aperitivos como batata frita, amendoim salgado e salgadinhos de pacote;
- Registrar as informações pertinentes no prontuário e na Carteira de Pré-Natal da Mãe Curitibana;
- Desencorajar o uso de álcool e/ou cigarro durante a gestação.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.



COMPETE À UBS

- Identificar a gestante com episódio hipertensivo ou HAS e encaminhá-la para o Serviço de Referência;
- Alterar a vinculação para maternidade de alto risco;
- Observar sinais sugestivos de pré-eclâmpsia e HELLP síndrome e encaminhar imediatamente para o Serviço de Referência hospitalar 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 UBS.

4.9.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA SUPERPOSTA POR PRÉ- ECLÂMPSIA

Segundo os critérios de definição da Febrasgo, 2011:

- Gestante hipertensa crônica sem proteinúria antes da 20ª semana de gestação e que manifesta proteinúria na segunda metade da gestação;
- Gestante hipertensa crônica com proteinúria na primeira metade da gestação e que após a 20ª semana observa-se aumento repentino do valor da proteinúria ou da pressão arterial previamente controlada, com trombocitopenia ou aumento de enzimas hepáticas.

4.9.3 HIPERTENSÃO GESTACIONAL OU HIPERTENSÃO TRANSITÓRIA

Caracterizada por hipertensão sem proteinúria após 20 semanas de gestação, em gestante sem história de hipertensão arterial. Pode incluir tanto as mulheres com pré-eclâmpsia, que ainda não desenvolveram proteinúria quanto aquelas sem pré-eclâmpsia. Neste grupo podem estar incluídas as hipertensas crônicas não diagnosticadas antes da 20ª semana, que se confundem com aquelas com hipertensão induzida pela gravidez e sem proteinúria.

Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Deve-se seguir as condutas clínicas e obstétricas recomendadas para pré-eclâmpsia (MS, 2010).

O diagnóstico de certeza é dado pela consulta puerperal tardia, após 12ª semana do parto, quando a pressão arterial volta ao normal, confirmando assim a hipertensão transitória. Nos casos em que os níveis pressóricos não voltarem a normalidade, caracteriza-se a hipertensão crônica.

4.9.4 PRÉ-ECLÂMPSIA

Geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação ou em período anterior se associada à moléstia trofoblástica. Caracterizada por hipertensão e proteinúria, em mulheres sem história hipertensiva, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Mulheres com hipertensão arterial crônica, por período maior de quatro anos, tem



risco aumentado de 25% de desenvolver pré-eclâmpsia (MS, 2006).

Durante a anamnese pesquisar: história familiar de pré-eclâmpsia e de doença renal; os antecedentes gineco-obstétrico como história prévia de pré-eclâmpsia, crescimento intrauterino restrito; prematuridade; gemelaridade; nuliparidade; síndrome antifosfolípide, abortamento de repetição e *diabetes mellitus*.

Aumento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD), deve servir de alerta para o surgimento da pré-eclâmpsia. Bem como o aparecimento súbito de edema visível generalizado, acometendo face e mãos e não exclusivamente membros inferiores. Também o aparecimento de edema invisível caracterizado pelo aumento de peso maior que 500 gramas/semana.

A pré-eclâmpsia é classificada de acordo com o grau de comprometimento em leve ou grave.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA PRÉ-ECLÂMPسيا LEVE

- Assintomática (mais raramente)
- Pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg em gestantes com níveis tensóricos anteriores desconhecidos; verificada em pelo menos dois momentos
- Aumento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica e 15 mmHg na pressão diastólica, 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.

INDICADORES DE PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE (UM OU MAIS DOS CRITÉRIOS ABAIXO)

- Pressão arterial $\geq 160 \times 110$ mmHg
- Proteinúria ≥ 2 g/24 horas (ou $> 2+$ em amostra de urina)
- Creatinina sérica $> 1,2$ mg%
- Oliguria (menor que 500ml/dia ou 25ml/hora)
- Sintomas de eclâmpsia iminente:
 - Distúrbios do sistema nervoso central: cefaléia frontal/occipital, torpor, obnubilação e alterações do comportamento.
 - Distúrbios visuais: escotomas, visão embaçada e amaurose.
 - Distúrbios gástricos: náuseas, vômitos, dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico.
- Eclâmpsia (crise convulsiva)
- Aumento de enzimas hepáticas
- Plaquetopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$)
- Anemia hemolítica microangiopática

Fonte: Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2010 e Manual de Gestação de Alto Risco, Febrasgo, 2011.



Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

- Acidente Vascular Cerebral;
- Sinais de insuficiência cardíaca;
- RCIU e/ou oligohidrânio.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

COMPETE À UBS

- Detectar todas as gestantes com sintomatologia de pré-eclâmpsia;
- 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 UBS.

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 UBS 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 a 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, com uso de sulfato de magnésio conforme as recomendações do protocolo.

CONDUTA NA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE

- Internação e observação clínica com controle rigoroso da pressão arterial, da frequência cardíaca materna e fetal;
- Repouso no leito em decúbito lateral esquerdo;



- Solicitação de exames complementares:
 - Avaliação materna: hemograma, glicose, parcial de urina, uréia, creatinina, ácido úrico, AST, ALT, contagem de plaquetas;
 - Avaliação fetal: ecografia e cardiotocografia.
 - Jejum até a determinação da conduta, após avaliação dos exames complementares;
 - A continuidade do tratamento dependerá do diagnóstico estabelecido.

Em casos de emergência (presença de sintomatologia clínica) por pré-eclâmpsia, iminência de eclâmpsia e eclâmpsia, administrar o sulfato de magnésio antes da medicação anti-hipertensiva.

URGÊNCIA HIPERTENSIVA:

A ausência de sintomatologia clínica permite a instituição de tratamento medicamentoso convencional para o controle da pressão arterial em até 24 horas, não havendo agravamento do quadro.

- **Hidralazina (droga de escolha)**

Droga preferida para o tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação. Cada ampola contém 20 mg/ml. Diluir o conteúdo de 1 ampola em 9 ml de solução salina ou água destilada. A dose inicial recomendada é de 5 mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa, seguida por período de 20 minutos de observação.

Se não for obtido controle da pressão arterial (queda de 20% dos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100 mmHg), pode-se administrar de 5 mg a 10 mg (2,5 ml a 5,0 ml da solução) em intervalos de 20 minutos, até a dose cumulativa máxima de 20 mg. O efeito hipotensor tem duração entre duas e seis horas.

Efeitos colaterais: rubor facial, cefaléia, hipotensão postural e taquicardia.

- **Outras orientações:**

- Nifedipina - Bloqueador de canal de cálcio. A administração é por via oral, na dose de 5 a 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg. A administração da nifedipina de ação rápida (10 mg sublingual) é de uso não recomendável pois apresenta dificuldade no controle da pressão arterial, com possibilidades de efeitos colaterais sérios, como hipotensão severa, com risco materno-fetal. Efeitos colaterais: taquicardia, cefaléia e rubor facial;
- Furosemide - Não deve ser utilizado na hipertensão aguda. Reduz o volume intravascular e a perfusão placentária. Apenas indicada em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou em edema agudo de pulmão.
- Alfametildopa e os betabloqueadores orais - Não são indicados na crise hipertensiva. Tem início de ação entre quatro e seis horas;
- Inibidores de enzima conversora da angiotensina (ECA) - Captopril, enalapril e outros- estão proscritos na gestação por estarem associados com morte fetal e malformações fetais.



4.9.5 ECLÂMPSIA

Defini-se pela presença de convulsões tônicoclônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. Em gestante com quadro convulsivo, o primeiro diagnóstico a ser considerado deve ser a eclâmpsia (MS, 2006).

Embora a maioria (80%) das gestantes manifestem sintomas (eminência de eclâmpsia) que precede a convulsão, um número significativo não apresentará. Importante lembrar que, entre 20 e 38% das gestantes que apresentam convulsões, a pressão arterial tem valores inferiores a 140/90 mmHg, antes do primeiro episódio convulsivo (Febrasgo, 2011).

Cerca de 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave evoluem para eclâmpsia. A taxa de mortalidade materna é de 14% e as complicações maternas são hemorragia cerebral, edema pulmonar e amaurose. Em relação ao feto, os principais riscos são o descolamento prematuro de placenta, que acarreta 45% de óbito fetal e a prematuridade.

Tratamento

Constitui-se em emergência e a paciente deve ser transferida o mais rápido possível para o hospital. Enquanto se procede a transferência, devem-se tomar algumas providências: medidas gerais, terapia anticonvulsivante e anti-hipertensiva.

Medidas gerais:

- Manter a gestante em decúbito lateral esquerdo e cuidar que ela não se machuque;
- Manter vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração;
- Aspirar as secreções e colocar protetor bucal (cânula de Guedel) ou cânula naso faríngea;
- Oxigenação com a instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido (5 litros/minuto);
- Punção venosa em veia calibrosa;
- Terapia anti-hipertensiva;
- Terapia anticonvulsivante.

O Sulfato de Magnésio é a droga anticonvulsivante de eleição porque não produz depressão do SNC. O esquema de Zuspan é indicado em pré-eclâmpsia grave, iminência de eclâmpsia e eclâmpsia. Tem como objetivo prevenir ou interromper convulsões eclâmpicas.



ESQUEMA DE ZUSPAN

MgSO ₄ .7H ₂ O a 50%	MgSO ₄ .7H ₂ O a 10%
Dose inicial	Dose inicial
MgSO ₄ .7H ₂ O 50% a 50% ...8 mL (4 g) Soro fisiológico a 0,9% 12 mL	MgSO ₄ .7H ₂ O a 10%..... 40 mL (4 g)
Via endovenosa – administração deve durar entre 10 e 20 minutos	Via endovenosa – administração deve durar entre 10 e 20 minutos
Dose de manutenção	Dose de manutenção
MgSO ₄ .7H ₂ O a 50% 10 mL (5 g) Soro fisiológico a 0,9% 490 mL Via endovenosa – bomba de infusão (100 mL/h –1 g/hora)	MgSO ₄ .7H ₂ O a 10% 50 mL (5 g) Soro fisiológico a 0,9% 450 mL Via endovenosa – bomba de infusão (100 mL/h –1 g/hora)

Fonte: Manual de Alto Risco, Febrasgo, 2011.

ESQUEMA DE ZUSPAN ADAPTADO

Adequado para locais que não possuem bomba de infusão

Apresentações comerciais:

Sulfato de Magnésio a 50%- Aster e Halex Istar ou Magnoston (Ariston).
Ampolas a 50% com 10 ml: 0,5g/ml=10 ml=5g.

Dose de ataque: 4 a 6 g EV infundir em 10-20 minutos

Preparo para obter 4g: diluir 8 ml MgSO₄. 7H₂O a 50% em 12 ml de água destilada=20ml.

Dose de manutenção: 2g EV 2/2h

Preparo para obter 2g: diluir 4 ml de MgSO₄. 7H₂O a 50% em 16 ml de água destilada=20ml.

Manter por 24 a 48 horas, após o desaparecimento dos sintomas ou interrupção da gestação. Antes de autorizar nova dose, verificar sinais de toxicidade.



Recomendações para o controle dos efeitos colaterais e toxicidade do sulfato de magnésio heptahidratado $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$

- Durante a infusão é comum ocorrer fogachos, náuseas, vômitos e boca seca. São fugazes e não se deve suspender a infusão;
- Avaliar PA, pulso, frequência respiratória e nível de consciência a cada 20 minutos;
- Manter diurese acima de 25 ml/hora;
- Frequência respiratória manter acima de 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;
- A toxicidade do Magnésio é muito próxima do nível sérico terapêutico (4 a 7 mEq/l), os reflexos patelares desaparecem em uma concentração entre 7 e 10 mEq/l, deve-se interromper a droga e administrar o gluconato de cálcio.

Em toda aplicação de SULFATO DE MAGNÉSIO deve estar pronto para o uso o GLUCONATO DE CÁLCIO.

Apresentações comerciais:

Gluconato de cálcio a 10%- ampolas 10%=10 ml=100mg/ml OU
Cloreto de cálcio-10 ml= ampola1g.

Deve ser preparado e colocado próximo à cabeceira do leito para uso EV lento com duração maior que 3 minutos.

4.9.6 SÍNDROME HELLP

A síndrome HELLP é uma condição na qual a paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia apresenta 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*”).

A incidência de síndrome HELLP varia entre 0,2 a 0,6% de todas as gestações. Entre as mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, chega até 12% (Febrasgo, 2011).



QUADRO CLÍNICO - SÍNDROME HELLP- SINAIS E SINTOMAS

Mal-estar geral
Proteinúria (87%)
Hipertensão arterial (85%)
Dor epigástrica e/ou hipocôndrio direito (80%)
Náusea e vômito (50%)
Aumento excessivo do peso e piora do edema (50%)
Cefaléia (40%)
Alterações visuais (15%)

Fonte: Baseado em Weinstein (1982), Sibai e colaboradores (1993)- PROAGO-Febrasgo, 2011.

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 (AST) e alanina aminotransferase (ALT) ≥ 70 UI/L;
- Bilirrubinas $\geq 1,2$ mg/dL;
- Desidrogenase láctica (LDH) ≥ 600 UI/L.

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

Conduta

Toda paciente com esse diagnóstico deve ser transferida a um Serviço de Referência para Alto Risco e manejada em unidade de cuidados intensivos de saúde. No entanto, até que seja transferida deve receber assistência de suporte avançado de vida.

4.9.7 CONDUTA NO PUERPÉRIO E PRÉ-CONCEPÇÃO

Tratamento da hipertensão arterial durante a lactação

Mães hipertensas podem amamentar normalmente com segurança, desde que se tenham cuidados e condutas especiais.

Nenhum efeito adverso de curto prazo foi descrito quanto à exposição à metildopa, hidralazina, propranolol e labetalol, que são os preferidos se houver indicação de beta-



bloqueadores. Diuréticos podem reduzir o volume de leite ou até suprimir a lactação.

Retirada da alfametildopa, no puerpério merece alguns cuidados:

- Não deve ser de forma brusca porque poderá causar o rebote hipertensivo;
- A meia-vida é curta, manter intervalos de 8/8 horas. Se a pressão se mantiver dentro da normalidade, retirar gradativamente o anti-hipertensivo.

Abordagem na pré-concepção

Nas mulheres hipertensas que desejam engravidar, é fundamental que se avaliem as drogas que estão sendo utilizadas e, caso necessário, se faça a troca por aquela que é reconhecidamente segura para o feto e a gestante, como metildopa. Inibidores da ECA devem ser suspensos logo que a gravidez for confirmada.

A mulher que tem doença renal progressiva deve ser aconselhada e encorajada a ter o número de filhos que desejar enquanto sua função renal estiver relativamente preservada. Insuficiência renal leve com creatinina sérica igual ou menor que 1,4 mg/dl têm efeitos mínimos sobre o feto e a função renal subjacente, geralmente, não piora durante a gestação. Todavia, moderada e severa insuficiência renal na gestação pode acelerar a hipertensão e a doença subjacente e reduz, notadamente, a sobrevida fetal.

4.10. CARDIOPATIA CONGÊNITA

Em Curitiba, no ano de 2010, as malformações congênicas e anomalias cromossômicas corresponderam a 26,9% das causas de mortalidade infantil. Dentre as malformações em menores de 1 ano, as cardíacas e a das grandes artérias foram responsáveis por 35,4% da mortalidade.

A investigação cardiológica iniciou-se no Serviço de Diagnóstico Cardiológico Fetal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná onde foi instituído com o objetivo de qualificar a assistência às crianças portadoras de malformações cardíacas congênicas, através de diagnóstico precoce, atendimento eficiente e integrado. Isto possibilitou uma intervenção cirúrgica precoce, diminuindo a morbi-mortalidade infantil por cardiopatias congênicas em Curitiba.

Atualmente, é também realizado na Unidade de Saúde Especializada Mãe Curitiba e no Hospital Victor Ferreira do Amaral, abrangendo um maior número de gestantes e fetos com cardiopatias, com o mesmo objetivo de diminuir a morbimortalidade infantil, através de um atendimento integrado, com atendimento da gestante de risco, serviço neonatal e cirurgia precoce.

Na investigação cardiológica fetal com a visualização das quatro câmaras cardíacas só se consegue fazer o diagnóstico de 60% das cardiopatias, perdendo cardiopatias graves como a transposição dos grandes vasos da base e tetralogia de Fallot. Mas quando visualiza-se as via de saída do ventrículo direito e esquerdo consegue-se fazer o diagnóstico de 90 a 96% das cardiopatias, principalmente as cardiopatias ducto dependentes, no qual o atendimento neonatal imediato e introdução de medicações é fundamental para sua sobrevida e cirurgia precoce.



Só deverão ser encaminhadas para este exame, grávidas com idade gestacional preferencialmente com **24 semanas gestacionais** e somente para avaliação de cardiopatia congênita. Este exame não é realizado para outros fins como, por exemplo: avaliação de circulação uteroplacentária, Doppler obstétrico ou da vitalidade fetal.

INDICAÇÕES PARA ECOCARDIOGRAFIA FETAL

Fetal:

- Suspeita de cardiopatia pelo ultrassom obstétrico;
- Outra má formação fetal;
- Cromossomopatias;
- Arritmias cardíacas;
- Oligodrâmnio e polidrâmnio;
- Translucência nuchal alterada;
- Crescimento intrauterino restrito;
- *Golf Ball*.

Maternas:

- Doenças: *diabetes mellitus*, HAS, collagenoses, hipotireoidismo e hipertireoidismo;
- Infecções intrauterinas: toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola, sífilis e HIV;
- Pais portadores de cardiopatias congênitas;
- Uso crônico de medicações: anticonvulsivantes e anti-inflamatórios;
- Uso de drogas ilícitas (*crack* e cocaína) e alcoolismo.

OPERACIONALIZAÇÃO

- Para gestantes que não realizaram ecocardiografia fetal nos Serviços de Referência de Alto Risco, o exame poderá ser solicitado através do agendamento via Central de Marcação, **desde que cumpra as indicações acima estabelecidas no protocolo**. Proceder da seguinte maneira no sistema: Outros SADT/ Ecocardiografal;
- Configurada a patologia cardíaca, a UBS encaminha o laudo ao Serviço de Referência de Pré-natal de Alto Risco.



*Assistência ao parto,
ao recém-nascido e
ao puerpério*



5. 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 rápido 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 devem 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 apresentam sinais ou sintomas de risco prévios.

Na ausência da carteira da gestante, cabe ao médico plantonista solicitar os exa-



mes básicos obrigatórios como tipagem sanguínea e RhD, hemograma, teste rápido para HIV e sífilis.

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

Atualmente não há evidência de benefícios da tricotomia, do enterocлизма 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 banho quente são opções que a gestante pode ter durante o trabalho de parto.

Gestantes com fatores de risco para infecção pelo *estreptococo β hemolítico do grupo B* (GBS) devem receber quimioprofilaxia com penicilina G cristalina (dose de ataque de 5 milhões UI, EV, e dose de manutenção de 2,5 milhões UI, EV de 4 em 4 horas até o parto).

Gestantes HIV positivo devem receber AZT profilático.

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 clampamento 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.

Na presença de líquido amniótico meconial, fluido ou espesso, o obstetra não deve realizar a aspiração das vias aéreas, pois esse procedimento não diminui a incidência de síndrome de aspiração de mecônio, a necessidade de ventilação mecânica nos



pacientes que desenvolvem a pneumonia aspirativa, nem o tempo de oxigenoterapia ou de hospitalização (Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011).

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

Quadros hemorrágico 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 frequentes 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 clínica e laboratorial para prevenir choque séptico.

5.2. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN)

Recomenda-se que todo atendimento do RN na sala de parto seja realizado por pediatra capacitado, 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.

Conforme preconiza o passo quatro dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, o RN sem intercorrência deve ser colocado em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora, devendo-se encorajar a mãe a reconhecer quando seu filho está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário. Após o atendimento obstétrico, o bebê deve 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 em posição supina, com ligeira extensão do pescoço, sob calor radiante, secando-o e removendo os campos úmidos;



- Manter vias aéreas pérvias, aspirando boca e nariz delicadamente, se necessário;
- 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 e, se necessário, a cada 5 minutos até que se atinja o escore 7 ou no 10º, 15º e 20º minutos (é importante lembrar que o APGAR deve ser utilizado para avaliar a resposta do recém-nascido às manobras de reanimação realizadas);
- 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 a idade gestacional (usualmente, o Parkin);
- Pingar nitrato de prata 1%, uma gota em cada olho, nos RN nascidos de parto normal.

RECÉM-NASCIDO COM INTERCORRÊNCIA

A prevenção de intercorrências é de responsabilidade tanto do obstetra quanto do pediatra, através de um pré-natal de qualidade e da conduta adequada na sala de parto.

RN com líquido meconial

A conduta do pediatra frente à presença de líquido meconial depende da vitalidade ao nascer. Caso o neonato apresente, logo após o nascimento, movimentos respiratórios rítmicos e regulares, tônus muscular adequado e frequência cardíaca (FC) >100 batimentos por minuto (bpm), levar o paciente à mesa de reanimação, colocá-lo sob fonte de calor radiante, posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço e aspirar o excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração traqueal nº 10. A seguir, secar e desprezar os campos úmidos, verificando novamente a posição da cabeça e, então, avaliar a respiração e a FC. Se a avaliação for normal, o RN receberá cuidados de rotina na sala de parto.

Quando o neonato com líquido amniótico meconial fluido ou espesso, logo após o nascimento, não apresentar ritmo respiratório regular e/ou o tônus muscular estiver flácido e/ou a FC <100 bpm, o pediatra deve realizar a retirada do mecônio residual da hipofaringe e da traqueia sob visualização direta, sob fonte de calor radiante. A aspiração traqueal propriamente dita é feita através da cânula traqueal conectada a um dispositivo para aspiração de mecônio e ao aspirador a vácuo, com uma pressão máxima de 100 mmHg. Aspirar o excesso de mecônio uma única vez; se o RN permanecer com FC <100 bpm, respiração irregular ou apneia, iniciar a ventilação com pressão positiva (VPP).

As recomendações acima são baseadas no Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011.

ABC DA REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

- A.** Manter as vias aéreas pérvias (posicionar a cabeça; aspirar boca, narinas e/ou traquéia se necessário; aspirar com entubação 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).

CRITÉRIOS DE RISCO AO NASCER

A continuação dos cuidados prestados dependerá do critério de risco ao nascer, que determinará o local para onde o RN deverá ser transferido (alojamento conjunto, unidade de cuidados intermediários neonatais ou unidade de cuidados intensivos neonatais).

Baixo risco ao nascer

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

- RN cuja mãe não apresente nenhuma patologia que impossibilite ou contraindique o contato com o recém-nascido;
- RN com mais de 2.000 gramas, 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;
- RN que apresenta critérios de exclusão de médio e alto risco descritos na sequência.

Médio risco ao nascer

Abrange situações em que o RN necessita de assistência em unidade de cuidados intermediários neonatais:

- Peso entre 1500 a 2000 gramas;
- Prematuridade (idade gestacional de 32 a 36 semanas);
- Supervisão constante;
- Monitoramento contínuo cardiorrespiratório;
- Oxigênio adicional;
- Alimentação por sonda;
- 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 (RN potencialmente infectado);
- Atenção por malformações congênitas (hidrocefalia, mielomeningocele, cardiopatias), macrosomia fetal e/ou diabetes gestacional;
- Controle de convulsão (crises curtas ou isoladas sem outras repercussões hemodinâmicas);
- RN egresso de unidade de cuidados intensivos neonatais.

Alto risco ao nascer

Abrange situações em que o RN necessita de assistência em unidade de cuidados intensivos neonatais:



- Menos de 1500 gramas ao nascer;
- Menos de 32 semanas de gestação, com qualquer peso ao nascer;
- Sepses;
- Enterocolite necrosante;
- Necessidade de assistência ventilatória;
- 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 exossangüíneotransfusão;
- 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 o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio 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:

- Estimula e incentiva o aleitamento materno;
- Fortalece os laços afetivos mãe/filho;
- Permite a observação contínua do RN pela mãe e a detecção e comunicação precoce de anormalidades;
- Mantém intercâmbio entre mãe/filho/familiares;
- Diminui a probabilidade de infecção hospitalar;
- Ensina à mãe os cuidados com o RN;
- Favorece 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. Crianças com peso de nascimento igual ou inferior a 2.000 gramas ou idade gestacional igual ou inferior a 33 semanas devem receber quatro doses da vacina (esquema 0, 1, 2 e 6 meses);
- Ser submetido à triagem neonatal (“teste do pezinho”) quando completar quarenta e oito horas de vida ou a qualquer momento na alta hospitalar, independente do tempo de vida da criança;
- Se a alta hospitalar for anterior a 48 horas de vida ou se o bebê não tiver mamado, faz-se a coleta do “teste do pezinho” e os pais devem ser orientados a procurar um serviço de saúde para repetir o teste 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 positivo deve iniciar tratamento com AZT oral nas primeiras horas de vida). Está contraindicada a amamentação;
- Mães com VDRL reagente na gestação ou parto;
- Mães com hepatite B;
- Casos suspeitos de toxoplasmose congênita.

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 às 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. 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.

COMPETE AO HOSPITAL NA ALTA HOSPITALAR

- Agendar consulta puerperal via Sistema Integração;
- Orientar a puérpera a retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção puerperal: febre, dor e sangramento;
- Orientar no caso de pós-aborto para retornar à UBS até 7 a 10 dias para controle e início de anticoncepção.

COMPETE À UBS

- 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*



6. 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.

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 e atualizando os protocolos que irão nortear as ações da Secretaria Municipal da Saúde em relação à saúde da mulher;
- Planejar ações na área de saúde maternoinfantil de acordo com indicadores epidemiológicos;
- Realizar treinamentos periódicos dos profissionais de saúde na área materno-infantil visando à atualização constante dos mesmos.

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 UBS, no Distrito Sanitário, para eventuais dúvidas e dificuldades a respeito do protocolo.

COMPETÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) 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;
- Encaminhar todas as gestantes para avaliação da saúde bucal;
- Monitorar as atividades do pré-natal de baixo e alto risco;
- 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.

COMPETE AO USUÁRIO

- Iniciar precocemente o pré-natal;
- Comparecer às consultas agendadas;
- Seguir as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Seguir as prescrições médicas conforme as recomendações feitas;
- Realizar os exames laboratoriais solicitados;
- Participar das atividades educativas ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Apropriar-se das informações contidas na carteira da gestante, procurando esclarecer as dúvidas junto à equipe de saúde;
- Participar da visita programada à maternidade a qual está vinculada;
- Estimular a participação do pai ou acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.

6.1. 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 Básica 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;
- Orientar as famílias de sua área sobre a importância do planejamento familiar;
- 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;
- Realizar e manter registros atualizados das fichas cadastrais e do Caderno de Acompanhamento (Ficha B-GES gestante e C-criança).



COMPETE AO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Solicitar o teste de gravidez, se atraso menstrual;
- 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 UBS, 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;
- Encaminhar a gestante para participar dos grupos educativos desenvolvidos na UBS;
- 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, se atraso menstrual;
- Nos casos de teste de gravidez positivo, inscrever a gestante no Programa Mãe Curitibana, no prontuário eletrônico, registrar a gestante no sistema para obter o número do SISPRENATAL e registrá-lo na carteira da gestante;
- Anotar na carteira da gestante o nome da Maternidade de vinculação e o nome do médico e enfermeiro responsável na UBS;
- 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 de acordo com o protocolo;
- Solicitar os exames de rotina do Programa Mãe Curitibana e agendar consulta médica em 7 dias para avaliação dos resultados;
- Realizar coleta de exame de Papanicolaou, conforme protocolo;
- Orientar as gestantes sobre os conteúdos educativos existentes na carteira da gestante, sobre o funcionamento do Programa e os sinais de alerta;
- Orientar e incentivar o aleitamento materno;
- Realizar a avaliação de risco durante a consulta de enfermagem;
- Se for detectado algum risco, referir a gestante à consulta com o médico da UBS;
- Monitorar todas as gestantes, especialmente as de alto risco, de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (UBS e serviços de referência), quanto à realização dos exames e ao uso adequado da medicação instituída;
- Monitorar as gestantes com ITU de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas na UBS, quanto ao uso adequado da medicação instituída e quanto ao controle de cura da infecção;



- Realizar visita domiciliar, se necessário;
- Orientar e coordenar a equipe de enfermagem no monitoramento das gestantes com especial atenção às de risco e nas ações educativas;
- Avaliar o esquema de imunização;
- Agendar os retornos de acordo com o protocolo e a necessidade de cada caso;
- Identificar o risco biológico a cada consulta e quando identificado encaminhar para o médico da UBS;
- Acompanhar as gestantes com DST, conforme recomendações deste protocolo;
- Acompanhar o tratamento das gestantes que apresentarem toxoplasmose, diabetes gestacional, sífilis, ITU, AIDS, TB, entre outras intercorrências, conforme este protocolo;
- Avaliar os resultados de todos os exames de pré-natal, priorizando consulta médica quando necessário;
- Avaliar o exame de Papanicolaou e encaminhar as citologias alteradas ao médico da UBS;
- Identificar situação de risco para violência e inserir na rede de proteção;
- Apoiar e/ou realizar as atividades educativas, a busca ativa e o monitoramento das gestantes, principalmente as de risco;
- Incentivar e agendar a gestante para visita na maternidade;
- Realizar consulta puerperal o mais precoce possível (dar alta no SISPRENATAL);
- Orientar sobre planejamento familiar.

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, diabetes gestacional, TB, AIDS, entre outras intercorrências, conforme este protocolo;
- Realizar coleta de exame de Papanicolaou, conforme protocolo;
- Avaliar os resultados de todos os 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 (UBS 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 UBS, quanto ao uso adequado da medicação instituída e quanto ao controle de cura da infecção e encaminhar para o Serviço de Referência de Alto Risco as que apresentarem 2 ou mais episódios de ITU;
- 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;
- Identificar situação de risco para violência e inserir na rede de proteção;
- Realizar consulta puerperal.

COMPETE À EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

- Incorporar todas as gestantes da UBS no atendimento da Clínica Odontológica;
- Participar dos trabalhos externos e internos da UBS, 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 UBS, 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 direcionadas às gestantes.

COMPETE AO NUTRICIONISTA

- Oferecer apoio técnico aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em relação às questões específicas da área;
- Participar das atividades educativas em conjunto com a equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde;
- Participar de atividades educativas externas;
- Realizar atendimento individualizado para gestantes diabéticas.

COMPETE AO FISIOTERAPEUTA

- Realizar consulta fisioterapêutica, quando necessária e conforme descrito no Protocolo de Fisioterapia (Curitiba, 2006);
- Orientar quanto aos cuidados preventivos na realização de exercícios específicos;
- Instruir sobre aspectos ergonômicos da gestação e puerpério assim como nas atividades ocupacionais, recreativas e no lar, incentivando o auto-cuidado;
- Orientar sobre o desenvolvimento motor do lactente bem como sua estimulação;
- Oferecer apoio técnico aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde através de fundamentos relacionados aos benefícios dos exercícios terapêuticos e às alterações osteoarticulares relacionadas à gestação, proporcionando um atendi-



- mento integral e humanizado à gestante;
- Participar das atividades educativas em conjunto com a equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde;
 - Orientar sobre as alterações posturais durante a gestação e exercícios preparatórios para o parto.

COMPETÊNCIA DAS MATERNIDADES VINCULADAS

- Disponibilizar a visita à maternidade durante o pré-natal, as gestantes a 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 Básica 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;
- Manter uma permanência mínima de 48 horas para parto normal e cesareana;
- Realizar imunizações nos recém-nascidos, conforme este Protocolo;
- Incorporar o método Mãe Canguru de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

6.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRINCÍPIOS

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

- A ESF 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 intersetorialidade 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 interdisciplinar e multiprofissional, da atenção adequada àquela comunidade.

A Unidade Básica 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 frequentes 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 UBS, 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 à recuperação e a manutenção da saúde, bem como estratégias preventivas. Assim, estabelece-se 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 NA ESF

Compete a equipe de saúde

- I Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;



- IV** Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V** Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI** Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII** Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII** Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX** Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X** Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI** Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII** Participar das atividades de educação permanente;
- XIII** Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais;
- XIV** Utilizar as ferramentas da Estratégia Saúde da Família (genograma, ciclo de vida, F.I.R.O. e P.R.A.C.T.I.C.E.), no acompanhamento das famílias priorizadas pelas equipes.



A black and white photograph of a man and a pregnant woman. The man is on the left, wearing a light-colored polo shirt with a dark collar, looking down at the woman's belly with a smile. The woman is on the right, wearing a light-colored short-sleeved top, looking down at her belly. They are both gently holding the woman's pregnant belly. A semi-transparent purple rectangular box is overlaid on the lower half of the image, containing the word 'Anexos' in a white serif font.

Anexos



7. Anexos

7.1. MAPA DE MONITORAMENTO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

MAPA DE CONTROLE DAS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO											
ATIVIDADE OBRIGATÓRIA	IDADE GESTACIONAL							HOSPITAL	PÓS-PARTO		
	1ª Consulta	< 17 semanas	18 - 22 sem.	23 - 27 sem.	28 - 31 sem.	32 - 36 sem.	37 - 40 sem.		< 10 dias	11 < 40 dias	
CAPTAÇÃO PARA O PRÉ-NATAL	●	●									
CONFIRMAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL	●	●	●								
VERIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO GESTACIONAL	●	●	●	●	●	●	●	●			
ANAMNESE/EXAME FÍSICO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
RhD MATERNO	●										
RhD PARCEIRO (se mãe RhD negativo)	●										
COOMBS INDIRETO (se mãe RhD negativo)	●			●	●			●			
IMUNOGLOBULINA ANTI-RhD (se Coombs indireto não reagente)					●			●			
ERITROGRAMA VG/Hb	●										
ADMINISTRAÇÃO DE FERRO+ÁCIDO FÓLICO			●	●	●	●	●	●	●	●	
PARCIAL URINA/UROCUITURA/CONTROLE DE CURA	●			●		●					
GLICEMIA	●										
TTOG (24-32 semanas)				●							
HEPATITE B - HBsAG	●										
VACINA CONTRA HEPATITE B (1ª dose GESTANTE SUSCETÍVEL)			●								
HEPATITE C (quando apresentar fatores de risco)	●										
HIV	●					●					
Cd4 e CARGA VIRAL (se HIV +)		●									
VDRL (sífilis)	●			●			●				
FTA-Abs (se VDRL reagente)		●									
TOXOPLASMOSE IgG, IgM/Avidez de IgG se indicado	●										
TOXOPLASMOSE IgG, IgM (se susceptível)	●			●			●				
EXAME CITOPATOLÓGICO	●										
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	●										
EXAME ODONTOLÓGICO	●										
ESTATURA	●										
PESO/PRESSÃO ARTERIAL/ALTURA UTERINA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
ESTADO NUTRICIONAL/EDEMA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
OFICINA DE GESTANTES		●				●					
VISITA À MATERNIDADE					●						
VACINA ANTITÉTÂNICA		●		●			●				
Nº DE CONSULTAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	



7.2. OFICINAS PARA GESTANTE

O programa Mãe Curitibana deve assegurar que todas as mães participem de oficinas realizadas nas UBS 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, etc.

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 Básicas 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

Mudanças maternas na gestação.

- Mudanças Físicas - mudanças corporais, desenvolvimento intrauterino do feto, avaliação da mama;
- Mudanças Hormonais - a elevação hormonal como responsável pelos sinais e sintomas;
- Mudanças Sexuais - resposta sexual na gravidez, adaptação sexual na gravidez e comportamento do parceiro;
- Mudanças Sociais - relação familiar, social, escolar e no trabalho.

Cuidados maternos durante a gestação.

- Importância das consultas de pré-natal, exames e 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 contraindicadas;
- Cuidados com a saúde bucal da mãe;
- Cuidados com a higiene;
- Sinais de alerta na gestação: sangramento, perda de líquido, febre, edema, disúria, redução da movimentação fetal, cefaléia e escotomas;
- 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

Preparação para o parto e pós-parto imediato

- Orientações sobre o parto e puerpério: sinais indicativos de início de trabalho de parto;
- Quando procura o hospital: dor, perda de líquido, sangramento vaginal e diminuição dos movimentos fetais;



- Cuidados no pós-parto imediato - cuidados com a mama e higiene íntima, alimentação materna, sinais de alerta de complicações no pós-parto e orientação sexual (abstinência);
- Cuidados com o bebê- higiene do bebê, vacinas, teste do pezinho, aleitamento materno e importância da puericultura;
- Participação do parceiro (apoio, divisão de tarefas, licença paternidade).

Puerpério e planejamento familiar

- Manutenção do aleitamento;
- Escolha do método anticoncepcional mais adequado.

7.3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE TERATOGENECIDADE DOS MEDICAMENTOS

Classificação dos riscos de teratogenicidade dos medicamentos quando utilizados na gravidez de acordo com FDA (Food and Drug Administration).

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).
X	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 contraindicada para gestantes e mulheres com probabilidade de engravidar.

Fonte: Food and Drug Administration



7.4. 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 UBS 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:

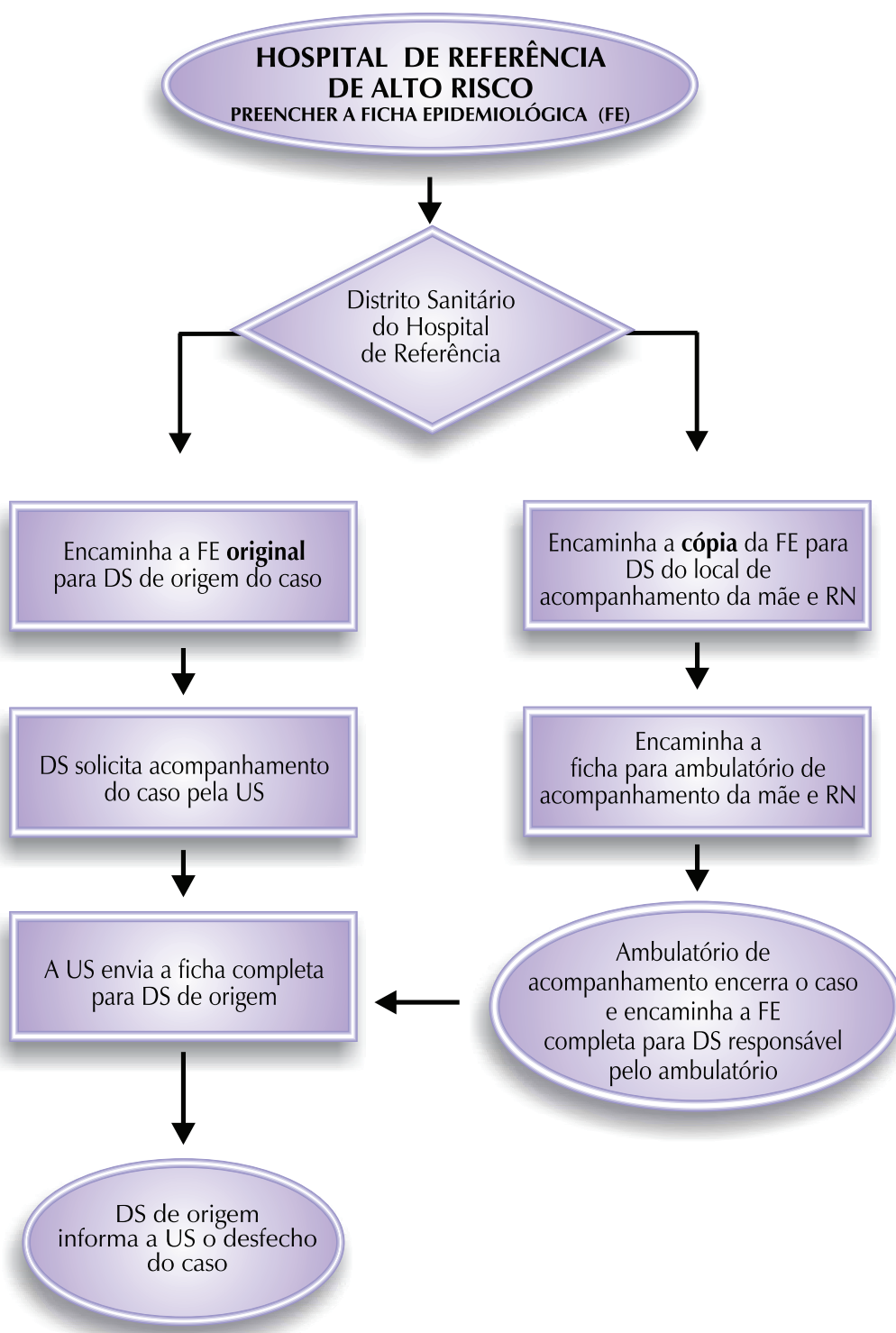
- 1ª “Gestante HIV + e Crianças Expostas”;
- 2ª “AIDS (pacientes com 13 anos ou mais)”.

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 UBS de origem (residência) todos os casos notificados. A UBS deve monitorar todos os casos notificados em sua área quanto ao tratamento, participação de consultas agendadas e 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).



7.5. FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS



7.6. DEZ PASSOS PARA A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO

NOTIFICAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

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.



7.7. SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL

Gerenciamento, monitoramento e avaliação da qualidade da assistência à saúde materno-infantil na Rede Pública Municipal de Saúde através de itens pactuados com os Distritos e as Unidades Básicas de Saúde no Plano Operativo Anual.

INDICADORES MONITORADOS	
INDICADOR	PARÂMETRO
Número de gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana.	Realizar inscrição no Programa Mãe Curitibana, para 100% das mulheres com TIG positivo, residentes na área de abrangência da UBS, usuárias do SUS.
Número de gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana.	Realizar inscrição no Programa Mãe Curitibana, para 100% das mulheres com TIG positivo, residentes na área de abrangência da UBS, usuárias do SUS.
Percentual de gestantes inscritas antes do 4º mês de gestação.	Realizar a inscrição no Programa para 80% das gestantes antes do 4º mês de gestação.
Percentual de gestantes segundo grau de risco.	Classificar 100% das gestantes inscritas no Programa.
Concentração de consultas médicas e do enfermeiro para gestantes de baixo risco.	Realizar 7 consultas (médicas e do enfermeiro), para gestantes de baixo risco conforme idade gestacional: • Mínimo de 1 consulta no 1º trimestre; • Mínimo de 2 consultas no 2º trimestre; • Mínimo de 4 consultas no 3º trimestre.
Cobertura de exames laboratoriais conforme o preconizado no Protocolo.	Realizar exames laboratoriais para 100% das gestantes inscritas no programa, conforme este protocolo.
Número de gestantes que participam de oficinas durante o pré-natal.	Realizar duas oficinas durante o pré-natal.



INDICADOR	PARÂMETRO
Número de gestantes de Baixo Risco que participam da visita à maternidade durante o pré-natal.	Ofertar uma visita à maternidade durante o pré-natal.
Concentração de consulta puerperal realizada até 42 dias após o parto.	Realizar no mínimo uma consulta puerperal pelo profissional médico ou enfermeiro, até 42 dias após o parto.
Número de gestantes com diagnóstico de sífilis materna, com tratamento adequado.	Realizar 100% do tratamento de acordo com orientações deste protocolo.

Fonte: Relatórios Prontuário Eletrônico – Relatórios Laboratório Municipal - DNV

PAI PRESENTE	
INDICADOR	PARÂMETRO
Percentual de Pais que participaram de consultas do pré-natal em relação às gestantes inscritas no período.	Realizar duas consultas médicas e do enfermeiro durante o pré-natal.
Concentração de exames HIV e VDRL.	Realizar 1 exame de HIV e VDRL para 100% dos pais que participam do pré-natal.
Número de pais que participaram de oficinas de gestante.	Realizar duas oficinas durante o pré-natal.
Número de pais que realizaram visita à maternidade durante o pré-natal.	Ofertar uma visita à maternidade durante o pré-natal.
Número de parceiros, com tratamento adequado, de gestantes com diagnóstico de sífilis.	Realizar 100% do tratamento de acordo com orientações deste protocolo.

Fonte: Relatórios Prontuário Eletrônico / Laboratório Municipal / Relatórios internos

INDICADORES MONITORADOS NA SMS	
INDICADOR	PARÂMETRO
Número de casos de gestantes com doenças de notificação obrigatória.	Notificar 100% dos casos de Hepatite B, Hepatite C, Tuberculose, Toxoplasmose, HIV e Sífilis na gestação.
Número de gestantes encaminhadas para serviço de referência de pré-natal de alto risco.	Identificar e encaminhar 100% das gestantes com as patologias referenciadas no protocolo.

Fonte: Relatórios SINAN / EPI / CMCE



7.8. ORIENTAÇÕES LEGAIS

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 de pré-natal, 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;
- Presença de um acompanhante durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005);
- 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;
- Realização gratuita do “teste da orelhinha” em todos os hospitais e maternidades, utilizado para identificar problemas auditivos em recém-nascidos (Lei nº 12.303/2010).

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 possuem em seus quadros funcionais pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade.

ESTABILIDADE DA GESTANTE NO EMPREGO

- O 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;
- O profissional de saúde deve 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 E SALÁRIO MATERNIDADE

- Art. 392. A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário. § 1º A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o seu empregador da data do início do



- afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência deste;
- Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento;
 - No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 ano, o período de licença será de 120 dias (Lei Nº 10.421);
 - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 ano até 4 anos de idade, o período de licença será de 60 dias (Lei Nº 10.421);
 - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 anos até 8 anos de idade, o período de licença será de 30 dias (Lei Nº 10.421);
 - Para fins de adoção, a licença- maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã (Lei Nº 10.421);
 - O salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial para fins de adoção (Ministério da Previdência Social);
 - O benefício será pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes do parto. Se concedido antes da criança nascer, será por atestado médico a comprovação. Se for posterior ao parto, pela Certidão de Nascimento;
 - A partir do 8º mês de gestação, comprovado através de atestado médico;
 - A partir da data do parto. Considera-se parto, o nascimento ocorrido a partir da 23ª semana de gestação, inclusive natimorto;
 - Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença- maternidade, o salário-maternidade não será interrompido;
 - Nos abortos espontâneos ou previstos em lei (estupro ou risco de vida para a mãe), será pago o salário maternidade por duas semanas.

FUNÇÕES EXERCIDAS PELA GESTANTE

- Durante a gravidez a empregada poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir, 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 à saúde da mãe e do bebê.



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;
- O pai tem direito a participar do pré-natal;
- O pai tem direito a ter acesso ao acompanhamento da gestante a nível hospitalar.

DIREITOS REPRODUTIVOS

- É permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos. Desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre as manifestações da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação de fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce (Lei 9.263);
- É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes (Lei 9.263);
- Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges (Lei 9.263);
- A esterilização voluntária é permitida na situação de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (Lei 9.263);
- 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 Básica 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 DA PROTEÇÃO À MATERNIDADE

- É garantido à empregada a dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares;
- Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois (dois)



- descansos especiais de meia hora cada um;
- Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.

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.





Referências



Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, **Diabetes Care**, volume 34, Supplement 1, January, 2011. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S11.full.pdf>. Acesso em 06/09/2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES E FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO, **Vacinação da mulher**, Consenso 2010-11.

ATALAH, E. et al. **Validation of a new chart for assessing the nutritional status during pregnancy**. First draft, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>. Acesso em 06/06/2009.

Brasil. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância. Bulário Eletrônico – **Ácido Valpróico e Valproato de Sódio**. Disponível em: <[www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Ácido valpróico e Valproato de sódio](http://www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Ácido_valpróico_e_Valproato_de_sódio)>. Acesso em 04/06/2009.

_____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância. Bulário Eletrônico – **Carbamazepina**. 2006. Disponível em: <www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Carbamazepina>. Acesso em 02/06/2009.

_____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância. Bulário Eletrônico – **Cloridrato de amitriptilina**. Disponível em: <[www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Cloridrato de amitriptilina](http://www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Cloridrato_de_amitriptilina)>. Acesso em 02/06/2009.

_____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância. Bulário Eletrônico – **Diazepam**. Disponível em: <www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Diazepam>. Acesso em 04/06/2009.

_____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância. Bulário Eletrônico – **Fluoxetina**. Disponível em: <www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Fluoxetina>. Acesso em 02/06/2009.

_____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância. Bulário Eletrônico – **Haloperidol**. Disponível em: <www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed-medicamentos-Haloperidol>. Acesso em 02/06/2009.

_____. Ministério da Previdência Social. **Salário Maternidade**. Disponível em: <www.previdenciasocial.gov.br>. Acesso em 04/06/2009.



_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose**. Brasília-DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e nutricional – Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição– manual técnico. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Série A. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos Centros de Referência para imunobiológicos especiais**, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST**. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério**. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica nº. 12. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão vertical de HIV e Sífilis**. Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Carências de micronutrientes**. Cadernos de Atenção Básica nº. 20. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**, Coleção DST-Aids-Série Manuais 24. Brasília-DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis**, Brasília-DF, 2007.



- _____. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional**. Brasília-DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. Brasília-DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Recomendações retroviral aguda e história natural da doença**. Brasília-DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação**, Manual Técnico e Secretaria de Vigilância em Saúde, Manual técnico. Brasília-DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº23**, 113p, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde da Criança. Brasília-DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Promovendo e incentivando a amamentação, módulo 3**, Manual técnico, Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília-DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília-DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**, Manual técnico. Brasília-DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional**. Rename. Brasília-DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hipotireoidismo Congênito**, Portaria SAS/MS nº 56 de 29 de janeiro de 2010. Brasília-DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. Brasília-DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Suplemento I Imunizações. Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Manejo da toxicidade à terapia antirretroviral. Diretrizes para o tratamento da Tuberculose**. Brasília-DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento de Câncer do Colo do Útero**, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Brasília-DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, 2011.



_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Gestão de Alto Risco**. Brasília-DF, 2011.

_____. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro_info_publico.php?exibe_pagina=ferro_programa_conceito_objetivo>. Acesso em 10 de junho/2009.

_____. CLT – **SECÃO V – Da Proteção Á Maternidade**. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em 23/11/2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Jornal do Conselho Federal de Medicina, nº 175 - **Diabetes Mellitus Gestacional**, Janeiro/Fevereiro/2009.

CRAWFORD P. **Best practice guidelines for the management of women with epilepsy**. 2005;46 Suppl 9:117-24. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed- Best practice guidelines for the management of women with epilepsy, Crawford P.-2005 >. Acesso em 01/06/2009.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Carteira de pré-natal da mãe curitibana**. Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 2009.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de Urgências e Emergências em Obstetrícia**, Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 2009.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**, December 17, 2010/ Vol.59/ Nº RR-12. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5912a1.htm>>. Acesso em:08/11/2011.

EPIDEMIC INTELLIGENCE SERVICE PROGRAM, Centers for Disease Control and prevention, Atlanta, GA30333, USA- **Evaluation of universal antenatal screening for group B streptococcus**, New England Journal of Medicine, Jun, 2009. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0806820>>. Acesso em 21/06/2011.

FDA. **Fluoxetine Information**. Prescribing information. Disponível em: <www.FDA.gov/Drugs/DrugsSafety> . Acesso em 27/04/2010.

FDA. **Haloperidol**. Disponível em: <www.accessdata.fda.gov/drugsatfda-docs/label/2008/-haloperidol>. Acesso em 30/04/2010.

FDA. **Valium (diazepam) Tablets**. Safety information. Disponível em:< www.FDA.gov/Drugs/DrugsSafety>. Acesso em 29/04/2010.



Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **Drogas na gravidez 2**, 2007.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **Manual de Doenças Infectocontagiosas**, 2010.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **Manual de Orientação, Trato Genital Inferior**, 2010.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **Manual de Orientação, Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**, 2010.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **Manual de Orientação, Perinatologia**, 2010.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **Manual de Gestão De Alto Risco**, 2011.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **Manual de Teratogênese em Humanos**, 2011.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **PROAGO - Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia** - módulo 2, 2011.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **PROAGO- Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia** - módulo 3, 2011.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Febrasgo. **PROAGO- Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia** - módulo 4, 2011.

FRANCO, G. **Tabela de composição química dos alimentos**. 9ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

Jr.KULAY, L.; KULAY, M.N.C. LAPA, A.J. **Drogas na gravidez e na lactação**, Guia Prático, 1ª reimpressão, Editora Manole, 2008.

LANGE. **Medicina, diagnóstico e tratamento**, 2011.

MARTINDALE: **The Complete Drug Reference**. Pharmaceutical Press. Disponível em: < <http://www.thomsonhc.com>>. Acesso em 03/05/2010.

MCEVOY, G.K. **AHFS Drug Information**. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists, 2007. Disponível em: <<http://toxnet.nlm.nih>>.



gov/cgi-bin/sis/search/a?dbs+hsdb:@term+@DOCNO+3168>. Acesso em 22/08/2011.

MONTOYA JG, REMINGTON JS. **Management of Toxoplasma gondii Infection during Pregnancy**. Clinical Infectious Diseases. 2008; 47:554-66. Disponível em: <<http://www.migato.com/conocele/docs/Montoya2008.pdf>>. Acesso em 12/09/2011.

NOYA FJ, Baker CJ. **Prevention of group B streptococcal infection**. - Infect Dis Clin North Am. 1992. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em 29/06/2009.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM NUTRIÇÃO. **Tabela brasileira de composição de alimentos**. Versão II. 2ª edição. Campinas, São Paulo: NEPA-UNICAMP, 2006. 113p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2008. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes-sbd-2008-mar-12.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Direitos da mulher trabalhadora na Gravidez, no Pós-Parto e durante o Aleitamento Materno**. Disponível em: <www.sbp.com.br>. Acesso em 09 de junho de 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Programa e Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011**. Maria Fernanda Branco de Almeida & Ruth Guinsburg- Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatalFinal-2011-25mar11.pdf>>. Acesso em 16/11/2011.

Thomson Micromedex. **DRUDEX SYSTEM**. Disponível em: <<http://www.thomsonhc.com>>. Acesso em 03/05/2010.

UNICEF e Ministério da Saúde, **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**, 2011.

VITOLO, M.R. **Nutrição: da gestação à adolescência**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

WHO. **Diabetes**, Fact sheet N°312. November/2008. Disponível em: <www.WHO.int>. Acesso em 17 de agosto de 2009.

WHO. **CrITÉRIOS MÉDICOS de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais**, 2004. Disponível em: <www.WHO.int>. Acesso em 01/12/2009.



PROTOCOLO MÃE CURITIBANA - 2012

ORGANIZADORES

Edvin Javier Boza Jimenez
Lourdes Terezinha Pchebilski

AUTORES

Ademar Cezar Volpi
Agda de Jesus Silva Moreira
Aléxei Volaco
Ana Cristina Vidal Allegretti
Andrea Maciel de Oliveira Rossoni
Andréa Bonilha Bordin
Angela Cristina Lucas de Oliveira
Angela Leite Mendes
Anne Liz Dynkowski Zeghibi
Claudete Teixeira Krause Closs
Claudia Schneck de Jesus
Clea Elisa Lopes Ribeiro
Cristina Rodrigues da Cruz
Cristiane M^a Leal Vardana Marangon
Cristiane Honório Venetikides
Dênis José Nascimento
Edson Gomes Tristão
Edvin Javier Boza Jimenez
Elaine Sanae Sumikawa
Elizabeth S. Wistuba
Fernando Cesar de Oliveira Júnior
Gustavo Pradi Adam
João Alberto Lopes Rodrigues
Julia Valéria Ferreira Cordellini
Karin Regina Luhm
Lise Mara Villani Souza
Liza Regina Bueno Rosso
Lourdes Terezinha Pchebilski
Lúcia Helena Nascimento Tonon
Maria Elisabete Ferraz
Marcia Luiza Krajden
Marion Burger
Newton Sérgio de Carvalho
Nilton Willrich
Nilza Teresinha Faoro
Pedro Ivan Mitoso Jr
Raquel Ferraro Cubas
Raquel Ferreira Scholz Uhlig
Renato Luiz Sbalqueiro
Rosângela Réa
Rosilei Maria Antonievicz
Soriane Kieski Martins
Tomoko Sasazawa Ito
Vera Maria Araújo Garcia e Boza
Viviane Sazolari

COLABORADORES

Ana Maria Cavalcanti
Antonio Carlos Patitucci
Célia Pinheiro Benevides Gadelha Leite
Cláudia Alexandra Pontes Ivantes
Claudia Regina Novloski
Claudine Esmaniotto
Daniela Mori Branco
Danielle Rodrigues Lecheta
Elina Masumi Yoshihara Sakurada
Fides Sbardellotto
Lenita Antonia Vaz
Leticia Conceição Martins Coutinho
Liliane Grochoki Becker
Luciana Elisabete Savaris
Josiane Portugal Portella Fontoura
Juliane Cristina Costa Oliveira
Margarete Solá Soares
Mariângela Galvão Simão
Maria Terumi Maruyama Kami
Mario Augusto Gori Gomes
Michele Parabocz
Nancy Marinho Barros

VALIDAÇÃO INTERNA

Angela Leite Mendes
Pedro Ivan Mitoso Jr
Carlos Rogério Temporal
Sergio Atila Varela Rastelli
Renata Oliveira Lima Silveira
Lucena Greiffo Coutinho Moraes

VALIDAÇÃO EXTERNA

Comissão de Saúde da Mulher do Conselho
Municipal de Saúde de Curitiba
Associação de Obstetrícia e Ginecologia do
Paraná – Sogipa
Departamento de Infectologia da Sociedade
Paranaense de Pediatria – SPP
Associação Brasileira de Enfermagem-
Seção Paraná – ABEn
Departamento de Toco-Ginecologia do
Hospital de Clínicas / UFPr – Curitiba





Ministério da
Saúde

