

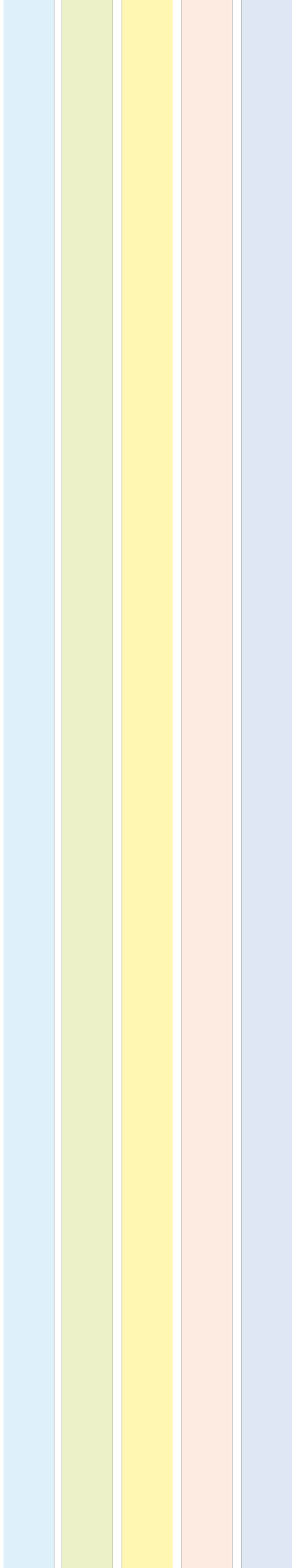
# Rede Mãe Curitibana Vale a Vida



**CURITIBA**

SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DA SAÚDE

CURITIBA 2018



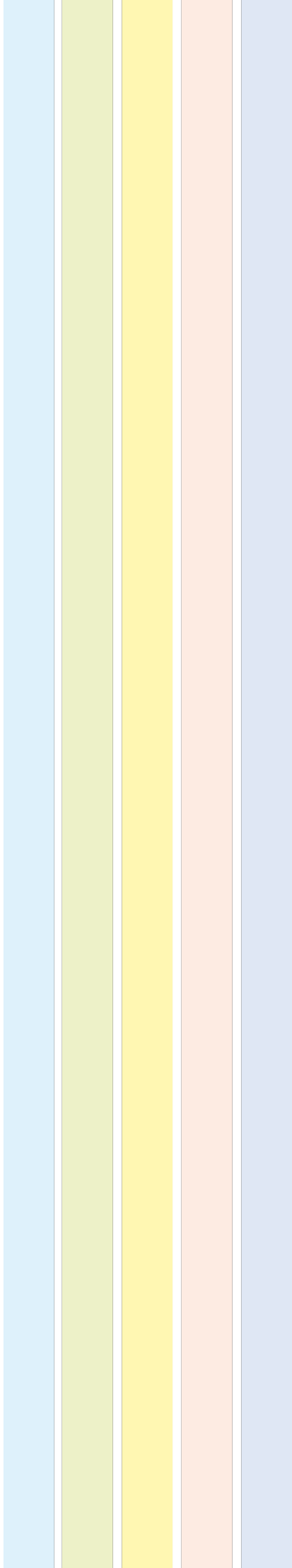
# Agradecimento

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba agradece a todos os profissionais, sejam servidores ou representantes das Sociedades Científicas, Universidades e Instituições que integrando esforços, em diferentes momentos, cooperaram para esta construção.

O compartilhamento de saberes e práticas contribui para o aprimoramento deste trabalho e conseqüentemente a melhoria da assistência às nossas gestantes e crianças, reafirmando o respeito e o compromisso para com a vida.

Nossa gratidão aos parceiros que nos oportunizam implantar e implementar ações, que com esforços, persistência e confiança estão sempre ao nosso lado, nos ajudando a enfrentar as dificuldades.





# Mensagem - I

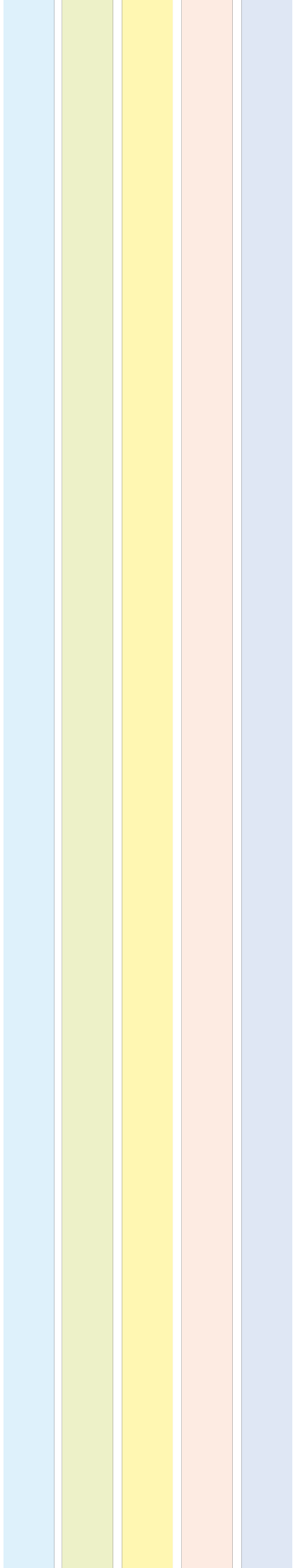
O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, através do seu Departamento de Tocoginecologia, sente-se honrado em poder contribuir com a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida.

Nossa instituição tem tido papel relevante há mais de 40 anos, junto à comunidade acadêmica, na formação de novos profissionais da área, bem como junto à parte assistencial perante nossa população.

Colocamo-nos à disposição sempre que necessário, entendendo que as parcerias entre o poder público e a comunidade acadêmica somente podem elevar a qualidade de prestação de serviços para a comunidade.

Desejamos aos gestores todo o sucesso, reiterando nosso apoio irrestrito às suas iniciativas.

**Prof. Dr Jean Furtado Francisco**  
Chefe do Departamento de Tocoginecologia  
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba



# Mensagem - II

O Complexo Hospital de Clínicas (HC)/Hospital Maternidade Victor Ferreira do Amaral, do setor de Ciências da Saúde da UFPR e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba são parceiros, há muitos anos, na assistência ao binômio materno fetal, em especial às gestantes de alto risco, que demandam um maior empenho e preparo das equipes do HC, pela alta complexidade que suas patologias determinam, o que exige uma interação e resoluções efetivas entre essas instituições, com o escopo de atingirmos o sucesso e o bem-estar para nossas gestantes e seus respectivos recém-nascidos

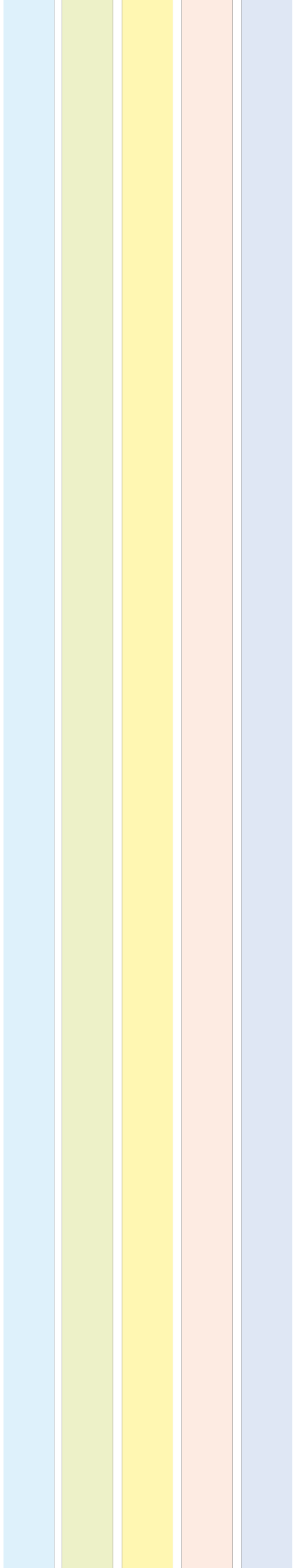
A união do HC-UFPR e a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, da SMS, em seus vários níveis de atuação, tem sido um marco na assistência obstétrica-perinatal, seja no âmbito educação médica continuada, bem como pelo zeloso trabalho na elaboração de protocolos e manuais de assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Tenho sido testemunha de todos esses esforços na melhoria da assistência à saúde da gestante curitibana, desde a década de 90, quando foi criado o exemplar programa, copiado por vários municípios deste nosso Brasil. Os resultados foram muito promissores, com destaque para a efetiva redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Desejo que essa parceria seja mantida indefinidamente, pois a união entre academia e assistência à saúde pública só poderá trazer benefícios para a nossa comunidade.

Gestores públicos comprometidos e atuantes é o que nossa nação mais precisa e Curitiba, mais uma vez, dá exemplo para todo país, através da competente Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. Sucesso a todos aqueles que participam.

**Prof. Dr. Dênis José Nascimento**  
Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia  
Setor de Ciências da Saúde - UFPR





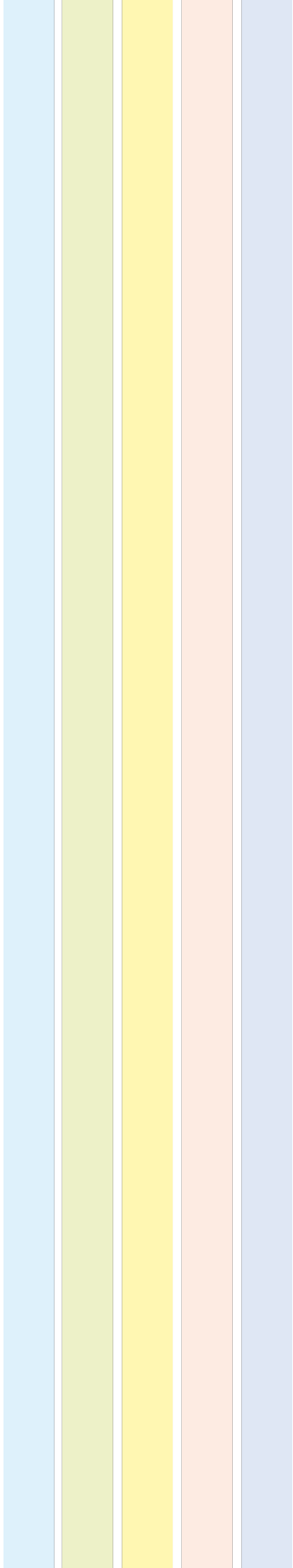
# Mensagem - III

O Conselho Municipal de Saúde congratula-se conjuntamente com todos os profissionais e gestantes pela chegada do novo protocolo Rede Mãe Curitibana Vale a Vida!

Mais que informações técnico-científicas revisadas e atualizadas será um norteador das ações que deverão ser desenvolvidas pelas equipes dos Postos de Saúde, pelos Ambulatórios e Maternidades, rumo a um melhor acesso com qualidade dos serviços de pré-natal, parto e puerpério mas, principalmente, pela oportunidade da expansão do acolhimento e do atendimento humanizado neste momento importante da vida da gestante, do bebê e da família como um todo.

Nós representantes do Controle Social reconhecemos e agradecemos em nome de todas as gestantes, de todos os pais e, principalmente das crianças que continuarão sendo acolhidas de forma humanizada pelas equipes multiprofissionais de saúde e receberão os benefícios de um atendimento cada vez melhor.

**Adilson Alves Tremura**  
Conselho Municipal de Saúde de Curitiba.



# Apresentação

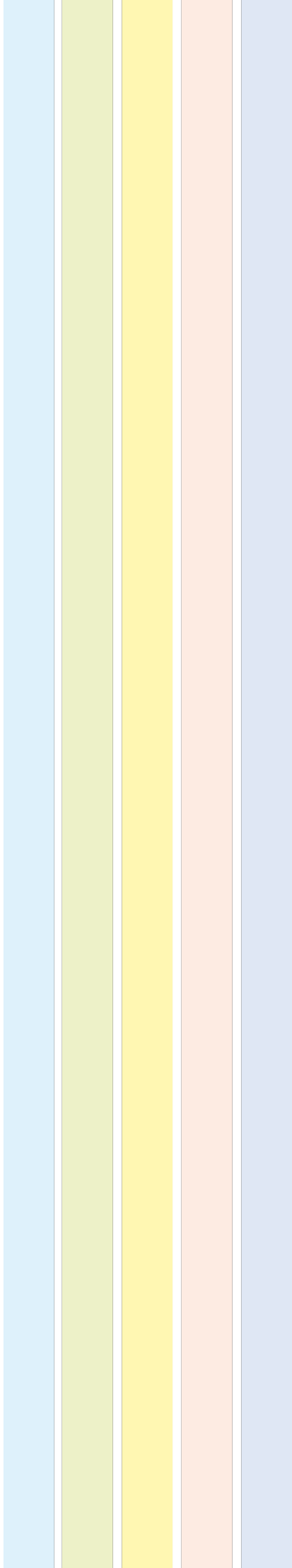
A Rede Mãe Curitibana Vale a Vida foi definida como uma rede de atenção à saúde prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2017 a 2020. Essa prioridade está baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna que apresentam uma redução lenta e desigual entre os distritos sanitários. Há ainda a ocorrência de mortes evitáveis e a necessidade de atualização constante às equipes frente aos novos desafios para a manutenção do cuidado adequado às nossas gestantes e seus bebês.

A mudança de nome de Programa Mãe Curitibana para Rede Mãe Curitibana Vale a Vida não é apenas uma questão de semântica. As Redes de Atenção incorporam os conceitos de integração de ações e continuidade do cuidado coordenado pelas equipes da atenção primária. A Rede Mãe Curitibana tem alicerces sólidos e bem constituídos desde a sua concepção, que são a estratificação de risco das gestantes e bebês e a vinculação ao hospital mais adequado a sua condição.

Nessa reformulação pretende-se ampliar essa experiência exitosa, que reduziu os indicadores de mortalidade materna infantil ao longo dos anos. Contudo, os indicadores de mortalidade materna e infantil em Curitiba chegaram a um patamar que demandam uma maior integração de profissionais e novas formas de abordagem aos desafios da assistência, em especial perinatal. Nesse sentido essa linha guia apresenta todo o elenco de ações e fluxos como também os novos níveis de estratificação de risco das gestantes e bebês e o envolvimento e integração das equipes do NASF nas ações de atenção ao pré-natal, puerpério e do bebê.

O cuidado às nossas gestantes e seus bebês e a redução das mortes evitáveis requerem uma atuação contínua e conjunta dos gestores, dos profissionais de saúde, das universidades e de toda a sociedade, e é isso que propomos com esse conjunto de ações descritas nessa linha guia.

**Rede Mãe Curitibana Vale a Vida!**  
Márcia Huçulak



# Sumário

## Assistência ao pré-natal

1.1	Captação, inscrição e vinculação no pré-natal .....	15
1.2	Avaliação clínico-obstétrica .....	17
1.3	Estratificação do risco gestacional.....	19
1.4	Exames complementares da gestante de risco habitual.....	22
1.5	Acompanhamento do pré-natal.....	24
1.6	Principais sinais de alerta.....	25
1.7	Sinais indicativos de encaminhamento à urgência obstétrica.....	26
1.8	Procedimentos técnicos.....	27
1.9	Exame citopatológico do colo uterino na gestação .....	32
1.10	Prescrição de suplementos .....	33
1.11	Recomendações de imunizações .....	34
1.12	Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso.....	36
1.13	Orientação alimentar .....	40
1.14	Saúde bucal: pré-natal odontológico .....	43
1.15	Orientações nas queixas frequentes da gestação .....	47
1.16	Álcool, tabaco e outras drogas .....	53
1.17	Saúde mental.....	54
1.18	Orientações gerais às gestantes.....	59
1.19	Orientações em fisioterapia para gestantes .....	60
1.20	Ações educativas .....	60
1.21	Pré-natal da parceria sexual .....	61

## Intercorrências clínicas e obstétricas no pré-natal

2.1	Investigação e manejo das anemias na gestação .....	67
2.2.	Diabetes <i>mellitus</i> .....	69
2.3.	Distúrbios hipertensivos da gestação .....	74
2.4	Tireoideopatias .....	78
2.5	Síndromes hemorrágicas.....	81

2.6	Prevenção da doença hemolítica perinatal .....	84
2.7	Trabalho de parto prematuro.....	86
2.8	Infecção do trato urinário na gestação .....	87
2.9	Investigação e manejo do Estreptococo $\beta$ Hemolítico na gestação.....	90
2.10	Cardiopatía congênita.....	91
2.11	Toxoplasmose materna.....	92
2.12	Prevenção da transmissão vertical do HIV .....	96
2.13	Sífilis na gestação .....	102
2.14	Infecções sexualmente transmissíveis e corrimentos vaginais.....	109
2.15	Tuberculose na gestação.....	117
2.16	Hepatite B na gestante.....	120
2.17	Hepatite C na gestação .....	122

## Assistência ao parto e puerpério

3.1	Assistência ao trabalho de parto e parto .....	127
3.2	Assistência puerperal na Atenção Primária.....	129
3.3	Promoção do aleitamento materno e manejo das intercorrências .....	133

## Referências

Referências .....	139
-------------------	-----



# **Assistência ao pré-natal**





# 1. Assistência ao pré-natal

## 1.1. Captação, inscrição e vinculação no pré-natal

A porta de entrada para a realização do pré-natal da gestante, residente em Curitiba, é a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência.

Toda mulher com história de atraso menstrual deverá ser orientada a realizar o teste de gravidez. Se o atraso menstrual for maior que 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico com a detecção do BCF e torna-se desnecessária a solicitação do teste.

As pacientes com teste positivo ou detecção do BCF deverão ser captadas para o pré-natal através de agendamento de consulta com médico ou enfermeiro. As pacientes com teste de gravidez negativo também deverão ser agendadas, para orientações do planejamento reprodutivo.

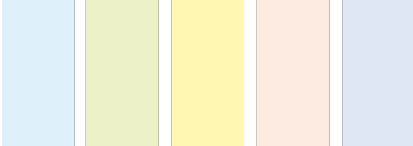
O registro dos atendimentos de pré-natal e puerpério precisa ser devidamente identificado com o número do Cartão Nacional de Saúde.

A inscrição da gestante no programa de assistência ao pré-natal deve ocorrer já na primeira consulta, respeitando os seguintes passos:

- Abertura do prontuário de pré-natal com explicação do funcionamento do programa;
- Avaliação clínico-obstétrica e registro das informações no prontuário;
- Estratificação de risco e vinculação da gestante à maternidade de referência;
- Solicitação dos exames complementares de rotina preconizados neste protocolo;
- Agendamento de retorno em aproximadamente 7 dias após a coleta dos exames para avaliação dos resultados;
- Orientações sobre o calendário de vacinas;
- Registro na carteira da gestante e no prontuário eletrônico das informações obtidas na consulta e da maternidade de referência;
- Orientações sobre a participação nas atividades educativas/oficinas;
- Encaminhamento para avaliação da saúde bucal, salientando sobre sua importância.

A importância das informações na carteira do pré-natal e prontuário eletrônico das gestantes vai além de servir como instrumento do registro da assistência realizada. A anotação deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, os quais são importantes para o bom monitoramento do pré-natal, para a equipe da assistência hospitalar e informações para futuras gestações. Deve conter:

- Verificação dos batimentos cardíacos fetais;
- Peso materno, medida de pressão arterial e da altura uterina;
- Resultados dos exames realizados e tratamentos à gestante e sua parceria sexual, quando necessário;

- 
- Laudos de ultrassonografia;
  - Vacinas realizadas;
  - Assistência hospitalar prestada, o preenchimento da referência e contrarreferência, quando for necessário encaminhamento a outro serviço.

Orientar a gestante que sempre esteja com a sua carteira. O registro também permite que sejam feitas intervenções no sentido de reduzir a morbidade e a mortalidade materno-infantil.

## Gestantes vivendo em situação de rua

Um olhar mais abrangente sobre a realidade das condições de vida das gestantes que vivem em situação de rua, com limitações importantes dos cuidados em saúde, pode colaborar no desenvolvimento de estratégias diferenciadas que permitam uma melhoria da assistência e, conseqüentemente, das ações que contribuem para a redução da morbimortalidade materno-infantil.

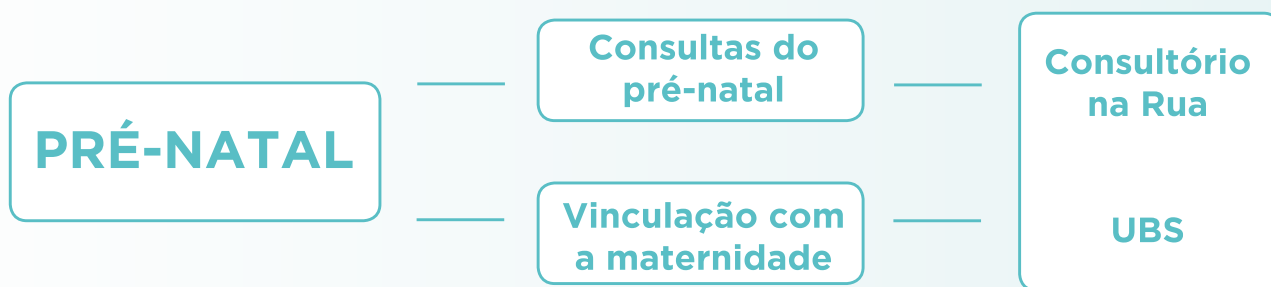
A dinâmica da vida na rua condiciona alguns determinantes de saúde. Desta forma, a mulher, principalmente em estado gestacional, é alvo de importantes estratégias de cuidado pela unidade de saúde e equipes do consultório na rua. A escuta qualificada ajudará no direcionamento da linha de cuidado como:

- Exposição a situações de violência (física, psicológica, sexual) e comportamentos de risco à saúde;
- Acesso a uma alimentação suficiente, de qualidade e consumo de água potável;
- Acesso aos cuidados de higiene pessoal e a um local para pernoite (evitando a privação do sono);
- Exposição às intempéries climáticas;
- Limitações pessoais e/ou sociais para procura espontânea à rede de atenção à saúde, seja por uso de drogas ou Transtornos Mentais;
- Autocuidado prejudicado, limitações à adesão ao tratamento, alto índice de absenteísmo, dentre outros.

Estabelecer o acolhimento e um vínculo saudável, além da construção da linha de cuidado em rede intrassetorial e intersectorial, representam fatores primordiais para o bom desenvolvimento da assistência.

O acolhimento das mulheres que vivem em situação de rua em Curitiba deve ser realizado em qualquer UBS, independentemente do último registro de cadastro. De acordo com a Instrução Normativa Nº 2, 10 de março de 2016, da SMS de Curitiba, no artigo 4. “As moradoras de rua poderão efetuar cadastro DEFINITIVO em uma unidade de atenção primária de sua escolha. Para isso, não será necessária a comprovação do endereço: se não possuir nenhum documento com foto disponível, abre-se um registro com o nome informado como nome social e cadastra-se com o endereço informado, independentemente da área de abrangência.”

A gestante vivendo em situação de rua terá acesso à realização do pré-natal tanto através das equipes das UBS quanto das equipes do Consultório na Rua.



Fonte: Adaptado da NOTA TÉCNICA N.º 01/2016/MDS/MS

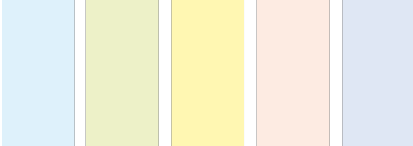
## 1.2. Avaliação clínico-obstétrica

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução dá-se, 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 destes 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 deve seguir os critérios estabelecidos por este protocolo.

A avaliação inclui importantes reconhecimentos:

- **Características individuais:** idade materna menor que 15 anos e maior que 35 anos; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); exposição/contato com produtos químicos no trabalho; esforço físico excessivo e estresse; baixa escolaridade;
- **Antecedentes pessoais:** hipertensão arterial crônica; cardiopatia; diabetes *mellitus* e outras endocrinopatias; infecções do trato urinário e outras nefropatias; doença hepática; transtorno mental; epilepsia; desvios nutricionais como desnutrição, sobrepeso e obesidade; tromboembolismo; pneumopatias; hemopatias; portadoras de doenças infecciosas como hepatites, sífilis, HIV, tuberculose; doenças autoimunes como lúpus eritematosos sistêmico;
- **Antecedentes gineco-obstétricos:** uso de métodos anticoncepcionais; história de infertilidade e esterilidade; infecções sexualmente transmissíveis e doença inflamatória pélvica; cirurgias ginecológicas; realização de Papanicolaou; nº de gestações, de partos e abortamentos; nº de filhos vivos; idade na 1ª gestação e intervalo entre as gestações; aloimunização Rh; histórico de partos com recém-nato (RN) pré-termo ou pós-termo, de baixo peso (< 2.500g) e/ou > 4.000g; de mortes neonatais precoces (até 7 dias de vida) ou tardias (entre 7 e 28 dias de vida); de natimortos; de RN com icterícia, hipoglicemia; intercorrências em gestações anteriores e nos puerpérios como síndromes hemorrágicas, pré-eclâmpsia/eclâmpsia; malformação uterina, miomatose e outras ginecopatias;

- 
- **Gestação atual:** aceitação ou não da gestação; data da última menstruação; sinais e sintomas; avaliação do estado nutricional; hábitos alimentares; medicamentos usados como anti-hipertensivos, diuréticos, insulina, corticoides, anticonvulsivantes, anticoagulantes e outros; uso de drogas lícitas ou ilícitas e tabagismo. A restrição do crescimento intrauterino; trabalho de parto prematuro e gestação prolongada; pré-eclâmpsia/eclâmpsia; hemorragias da gestação; isoimunização RhD e outras.

### 1.2.1. Exame físico

#### Exame clínico geral

- Inspeção de pele e mucosas e palpação de tireoide;
- 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;
- Exame especular está instituído de rotina na 1ª consulta de pré-natal e entre 24ª a 28ª semana da gestação;
- O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês (MS, 2013).
  - Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
  - Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
  - Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões e sinais de infecção;
  - Coleta de material para exame colpocitopatológico;
  - Realize o teste das aminas, se necessário (KOH a 10%);
  - Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anxiais.

Deve ser feito o registro, em prontuário eletrônico, da realização do exame especular.

## 1.3. Estratificação do risco gestacional

**A investigação de risco deve ser permanente, em toda consulta de pré-natal.** Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada e encaminhada (se necessário), seguindo o fluxo deste protocolo. Mesmo quando a gestante seja encaminhada para avaliação ou seguimento de um outro serviço, de maior complexidade, a UBS deverá continuar o seu monitoramento.

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 à unidade de saúde de origem quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada.

Segue a seguir estratificação e os critérios de risco gestacional estabelecidos e adotados pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo Departamento de Toco Ginecologia do Hospital de Clínicas e do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

**RISCO HABITUAL** (Baixo risco)

**RISCO INTERMEDIÁRIO MÉDIO**

**RISCO INTERMEDIÁRIO ALTO**

**ALTO RISCO**

**Pré-natal na UBS**  
(Atenção Básica)

**Encaminhar para avaliação do risco gestacional**  
(apoio dos matriciadores do Centro de Especialidade (CE) Mãe Curitibana + NASF GO).

### **RISCO HABITUAL (Baixo risco)**

Gestante de risco habitual – pré-natal na unidade de saúde

### **RISCO INTERMEDIÁRIO MÉDIO**

Aborto em gestação anterior  
Aborto (ameaça de) na gestação atual  
Adolescentes sem comorbidades  
Baixa escolaridade (menor do que 5 anos de estudo regular)  
Baixo peso materno sem comorbidades  
Drogadição  
Hipotireoidismo sem comorbidades associadas  
Idade: menor de 15 anos e maior que 35 anos, sem comorbidades  
Obesidade sem comorbidades associadas (IMC < 35kg/m<sup>2</sup>)  
Sífilis  
Tabagismo sem intercorrências associadas



## RISCO INTERMEDIÁRIO ALTO

Asma leve/ moderada

Cirurgia bariátrica previa estabilizada e sem comorbidades

Diabetes *mellitus* gestacional, não insulino dependente, com controle glicêmico adequado, sem comorbidades associadas

Gemelaridade dicoriônica, sem intercorrências e com evolução normal

Hipertensão arterial crônica medicada, com níveis pressóricos controlados, até 140/90, sem comorbidades associadas

Hipotireoidismo com outras comorbidades

Infecção urinária de repetição, sem comorbidades associadas

Óbito fetal (natimorto) em gestação anterior

Outras comorbidades sem comprometimento materno-fetal

Senescência placentária

## ALTO RISCO

Aborto de repetição (3 ou mais abortos espontâneos seguidos)

Anemia grave (hemoglobina < 8)

Asma grave de difícil controle

Cardiopatias maternas

Cirurgia bariátrica previa com comorbidades

Citopatológico alterado com Lesão de Alto Grau (HSIL)

Diabetes *mellitus*

Diabetes *mellitus* gestacional, sem controle glicêmico adequado e/ou comorbidades associadas

Doença hemolítica perinatal

Doenças neurológicas: epilepsia, AVC e outras

Doenças psiquiátricas graves

Gemelaridade dicoriônica complicada

Gemelaridade monocoriônica

Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras)

Hanseníase na gestação

Hepatite C reagente  
Hepatite B reagente  
Hipertensão arterial crônica complicada e/ou de difícil controle  
Hipertireoidismo  
HIV positivo  
HTLV e herpes zoster  
Incompetência istmo cervical  
Iteratividade complicadas por invasão trofoblástica (acretismo, incretismo, percretismo) ou inserção placentária baixa na cicatriz ou gestantes com 3 ou mais cesáreas anteriores  
Lúpus eritematoso sistêmico  
Macrossomia fetal  
Malformação fetal  
Nefropatias diversas, particularmente as proteinúricas  
Neoplasia trofoblástica gestacional  
Neoplasias  
Obesidades mórbidas ( $IMC \geq 35\text{kg/m}^2$ )  
Oligohidrânio  
Outras doenças crônicas sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional  
Outras doenças infecciosas graves comprometedoras estado geral materno  
Pielonefrite (história) nesta gestação  
Placenta prévia centro total.  
Pneumopatias graves  
Polidrânio  
Pré-eclâmpsia  
Púrpuras trombocitopênicas  
Restrição do crescimento intrauterino (nesta gestação)  
Toxoplasmose- doença aguda na gestação ou indefinida  
Trabalho de parto prematuro - histórico em gestações anteriores  
Tromboembolismo venoso  
Trombofilias  
Tuberculose em tratamento  
Zika, Dengue e Chikungunya





## 1.4. Exames complementares da gestante de risco habitual

- Hemograma completo: solicitar de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre;
- Dosagem de glicose: solicitar de rotina no 1º trimestre;
- Teste de tolerância à glicose - TOTG (3 dosagens p/ gestante): preferencialmente entre 24ª a 28ª semana de gestação. Restrição: cirurgia bariátrica prévia;
- Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH): solicitar de rotina no 1º trimestre;
- Pesquisa de hemoglobinas variantes: solicitar de rotina no 1º trimestre;
- Pesquisa de anticorpos IGG e IGM antitoxoplasma: se suscetível, repetir sorologia nos 3 trimestres da gestação;
- Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2: solicitar de rotina no 1º e 3º trimestre. Se reagente: solicitar carga viral;
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG): solicitar de rotina no 1º trimestre;
- Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV): solicitar de rotina no 1º trimestre;
- Rastreamento da sífilis - Quimioluminescência: solicitar de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre;
- Teste não treponêmico - controle pós tratamento para sífilis: mensal na gestação. Iniciar o controle 30 dias após o término do tratamento da gestante;
- Determinação direta e reversa de grupo ABO + pesquisa de fator RH (inclui D fraco): solicitar de rotina no 1º trimestre;
  - Determinação direta e reversa de grupo ABO + pesquisa de fator RH (inclui D fraco) do parceiro: se gestante Rh negativo.
- Teste indireto de antiglobulina humana-TIA: solicitar se gestante for Rh negativo, no 1º e 2º trimestre;

Obs: Após a administração da imunoglobulina anti-Rh não solicitar mais este exame nesta gestação pois ficará positivo, tendendo a negativar em até 8 semanas ou permanecer com títulos baixos.

- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina: solicitar de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre e toda vez que se fizer necessário;
- Cultura de bactérias p/ identificação: solicitar de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre. Também realizar para controle de cura 7 dias após o término do tratamento e toda vez que se fizer necessário;
- Pesquisa de *Streptococcus agalactiae* grupo B- GBS: coleta SWAB para GBS, de secreção vaginal e retal, entre 35 e 37 semanas, para todas as gestantes;
- Exame citopatológico: pode ser realizado em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês;
- Ultrassonografia obstétrica: solicitar de rotina 2 ecografias na gestação, sendo a 1ª preferencialmente no primeiro trimestre;

Obs: Havendo necessidade de mais ecografias, deverá ser justificado o motivo através da priorização de ginecologia/obstetrícia, informando a intercorrência obstétrica que a justifique.

- Ecocardiografia fetal: encaminhar preferencialmente com 24 semanas de gestação, seguindo as recomendações descritas no capítulo de Cardiopatia congênita.



## Rotina por trimestre gestacional

Exames	Rotina na vinculação	Rotina 2º trimestre	Rotina 3º trimestre
Hemograma completo	X	X	X
Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2	X		X
Dosagem de glicose	X		
Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	X		
Determinação direta e reversa de grupo ABO + pesquisa de fator RH (inclui D fraco)	X		
Teste indireto de antiglobulina humana . TIA (se gestante for Rh negativo)	X	X	
Pesquisa de hemoglobinas variantes	X		
Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV)	X		
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)	X		
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	X	X	X
Cultura de bactérias p/ identificação	X	X	X
Pesquisa de anticorpos IGG e IGM antitoxoplasma. Se suscetível, repetir sorologia nos 3 trimestres da gestação	X	X	X
Rastreamento da sífilis - Quimioluminescência	X	X	X
Teste de tolerância à glicose - TOTG (3 dosagens p/ gestante)		X	
Pesquisa de <i>Streptococcus agalactiae</i> grupo B - GBS			X
Exame citopatológico		X	
Ultrassonografia obstétrica	X		X



## 1.5. Acompanhamento do pré-natal

Toda gestante da área de abrangência da UBS, inscrita no programa de pré-natal da Rede Mãe Curitibana, deverá ser acompanhada pela equipe de saúde. Após a solicitação dos exames de rotina do pré-natal, deve-se agendar retorno médico em 7 dias para avaliação dos resultados dos exames.

O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. A OMS (2016) recomenda que o número total de consultas seja de 8 durante o pré-natal. O ideal é que seja vinculada até a 12ª semana de gestação, podendo o acompanhamento ser intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28ª semana	-	mensalmente;
Da 28ª até a 36ª semana	-	quinzenalmente;
Da 36ª até a 41ª semana	-	semanalmente.

O calendário deve ser iniciado precocemente, no primeiro trimestre da gestação, com periodicidade regular, garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que a carteira da gestante seja preenchida. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns neste trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e óbito fetal (Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, MS, 2012 e Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, MS, 2016).

A UBS deve promover a busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e das puérperas, para a realização da consulta puerperal, nos primeiros 10 dias após o parto. Mesmo que a gestante seja assistida em serviços de alto risco ou outro serviço de referência de pré-natal, a UBS realizará seu monitoramento até a consulta puerperal. Sempre que necessário, solicitar apoio às equipes de Consultório na Rua, no caso de mulheres vivendo em situação de rua.

Quando houver suspeita ou diagnóstico de alto risco a gestante deverá ser avaliada em um serviço de referência para 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.

**Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.** Após 40 semanas de gestação, encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal para a maternidade de referência. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precoce possível.

Em situações de urgência/emergência durante a gestação, como sinais de trabalho de parto, sinais e sintomas de pielonefrite, edema súbito, perda de líquido ou sangramento via vaginal, febre, redução importante dos movimentos fetais, hiperemese refratária ao tratamento, etc, deve-se encaminhar a gestante para a maternidade de referência.

Durante o pré-natal, deve ser estimulado o retorno precoce da mulher e do recém-nascido à unidade de saúde, após o parto. A maternidade deve realizar o agendamento da consulta puerperal na unidade de saúde, através do sistema *on-line*, no momento da alta hospitalar, até 10 dias após o parto, para ações do acompanhamento da puérpera e do recém-nato. O cuidado no puerpério deve ser individualizado, de acordo com as necessidades de cada caso.

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

## 1.6. Principais sinais de alerta na gestação

Sinal de alerta	Interpretação	O que fazer
Sangramento vaginal	Anormal em qualquer época da gravidez	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência
Cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia e edema excessivo	Estes sintomas, principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia	Avaliação da PA e médica imediatamente.
Contrações regulares e perda de líquido	Sintomas indicativos de início do trabalho de parto	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência.
Diminuição da movimentação fetal	Pode indicar sofrimento fetal	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma. Considerar possibilidade de encaminhamento à maternidade de referência.
Febre	Pode indicar infecção	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento à urgência, caso necessário.

Fonte: Baseado no Protocolo da Atenção Básica, Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.



## 1.7. Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Seguem abaixo os sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica da maternidade de referência, segundo o Protocolo da Saúde das Mulheres, MS, 2016.

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia);
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial  $> 140/90$  (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade);
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.;
- Crise hipertensiva (PA  $> 160/110$ );
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
- Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia ( $\geq 37,8$  °C) na ausência de sinais/sintomas de IVAS;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Investigação de prurido gestacional/ictericia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligodrâmnio;
- Óbito fetal.

## 1.8. Procedimentos técnicos

### 1.8.1 Controles maternos

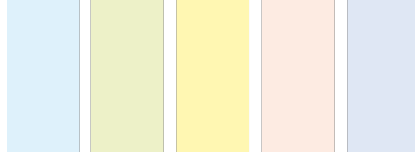
- Anamnese atual: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de reavaliar o risco gestacional e de realizar ações efetivas;
- Exame físico direcionado, avaliando o bem-estar materno e fetal;
- Exame ginecológico conforme preconizado;
- Avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas, tais como tratamento ou encaminhamento, se necessário;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC), monitorando o ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina avaliando o crescimento fetal;
- Pesquisa de edema;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Orientação alimentar, prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico para profilaxia da anemia;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização da caderneta da gestante;
- Acompanhamento das consultas especializadas. A gestante deverá continuar a ser monitorada pela equipe da unidade;
- Realização de ações educativas;
- Agendamento das consultas de retorno.

### 1.8.2 Cálculo da idade gestacional e data provável do parto

Para esta estimativa utiliza-se a data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual. Escolhe-se esse processo para calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais.

#### Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:

##### 1- Regra de Nägele



Consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês (MS, 2012).

Exemplos:

- Data da última menstruação (DUM): 13/09/04.  
Data provável do parto (DPP): 20/06/05 ( $13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$ )
- Data da última menstruação: 10/02/04.  
Data provável do parto: 17/11/04 ( $10 + 7 = 17/2 + 9 = 11$ )
- Data da última menstruação: 27/01/04.  
Data provável do parto: 03/11/04 ( $27 + 7 = 34/34 - 31 = 03/1 + 9 + 1 = 11$ )

## 2- Uso de disco (gestograma)

Colocar a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao 1º dia e mês do último ciclo menstrual e observe o nº de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

## 3- Uso de aplicativos

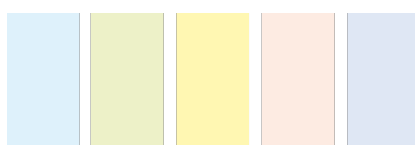
Existem aplicativos que podem ser utilizados para cálculo da idade gestacional, como por exemplo a calculadora gestacional encontrada no Blog da Saúde, do Ministério da Saúde.

## Quando o período ou a DUM são desconhecidos:

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 12ª semana, possibilidade de palpação uterina na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicitar a ultrassonografia obstétrica, o mais precocemente possível.



### 1.8.3 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. O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando maior risco de pré-eclâmpsia.

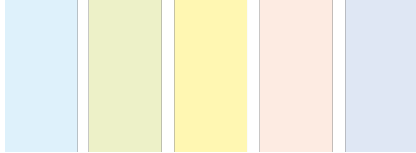
Técnica de medida da pressão arterial (PA)

- 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 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 à paciente para não falar durante a aferição;
- Inflar o manguito e proceder a 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.

### 1.8.4 Palpação obstétrica e medida da altura uterina

Têm por finalidades:

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



## 1- 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 polo cefálico, pélvico e o dorso fetal, mais facilmente identificados a partir do terceiro trimestre.

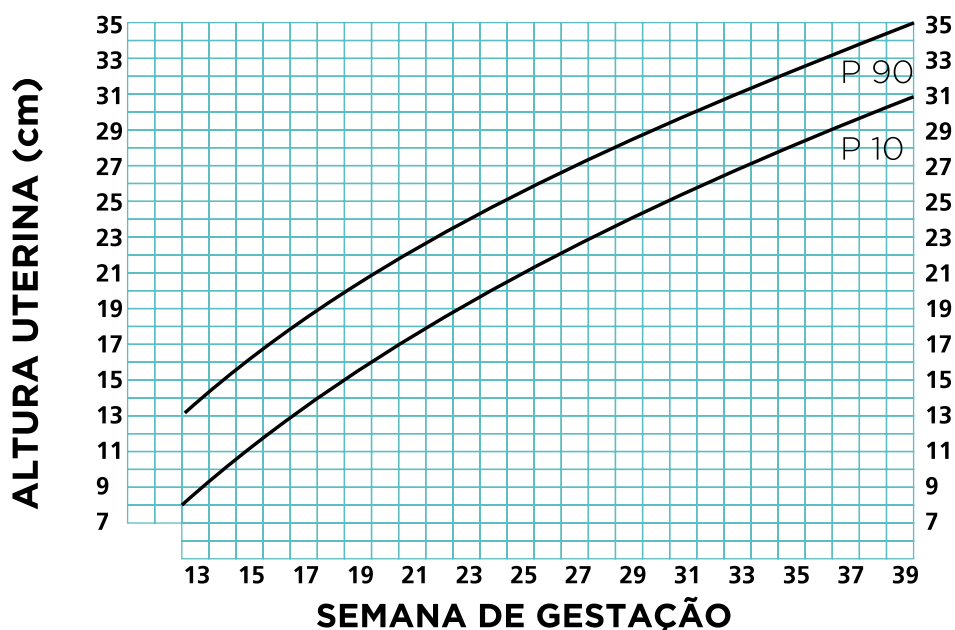
### Seguir os 4 passos:

- 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 à 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.

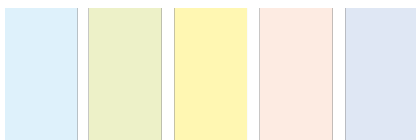
## 2- Medida da altura uterina

Visa o acompanhamento do crescimento fetal e a detecção precoce de alterações. Correlaciona-se a medida da altura uterina com as semanas gestacionais. O gráfico do crescimento uterino está disponível para uso no verso do Gravidograma da carteira de pré-natal da gestante. O resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas. Considera-se excessivo (acima do percentil 90) e deficiente (abaixo do percentil 10).

Gráfico do crescimento uterino



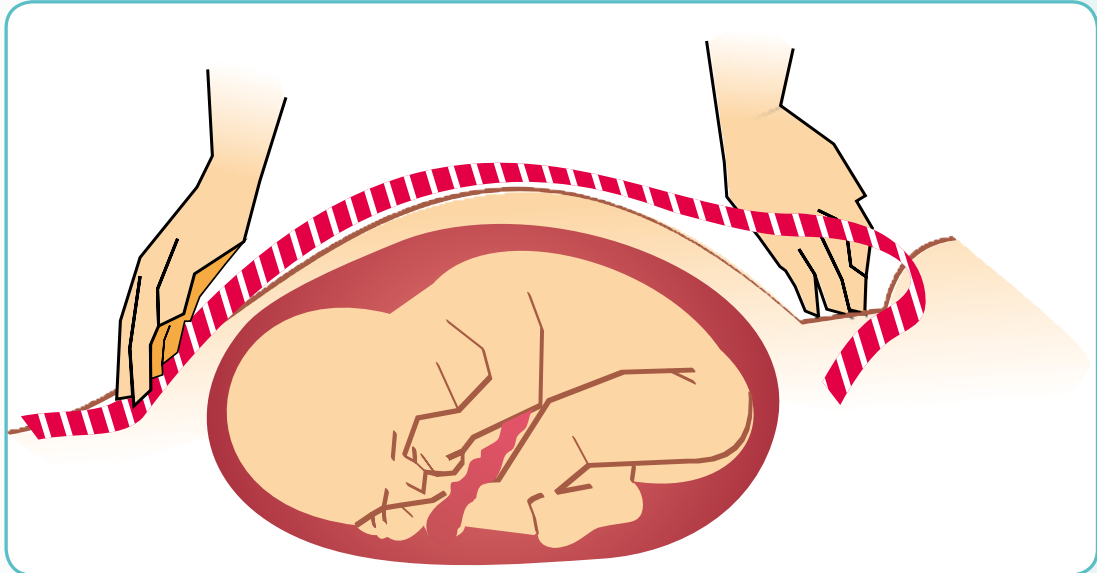
Fonte: Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, 1996.





### 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.



### 1.8.5 Controles fetais

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

### Ausculta dos batimentos cardíacos fetais

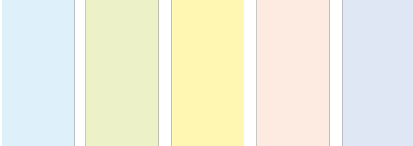
Tem por finalidade verificar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Realizar a partir de 12 semanas com o auxílio do Doptone (*Sonar Doppler*) ou após 20 semanas com o estetoscópio de Pinard.

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. Encaminhar a gestante para avaliação na maternidade de referência.

Anotar os dados no prontuário e na carteira da gestante.

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

## Registro diário de movimentos fetais

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

Em gestantes que necessitem de monitoramento, mas que ainda podem ser controladas na UBS, pode-se lançar mão do mobilograma. Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana.

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. Recomenda-se o método abaixo pela sua praticidade.

### Mobilograma

- 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, 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 decorrida uma hora, a gestante não for capaz de contar seis movimentos, deve-se repetir o procedimento;
- Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deve ser orientada a procurar imediatamente a unidade 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.

## 1.9. Exame citopatológico do colo uterino na gestação

Deve-se seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.

Há recomendações divergentes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial. Recomenda-se análise caso a caso, pesando ris-

cos e benefícios. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa (Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres MS, 2016).

#### **Fluxos de encaminhamentos, se necessário:**

- Células atípicas de origem indefinida; Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS); Lesão intra-epitelial de baixo grau (NIC I): encaminhar para avaliação da colposcopia;

Caso não tenha sido realizada biópsia e também nos casos de resultado da biópsia revelar NIC I ou ser negativo, deve-se proceder uma nova citologia em 90 dias, após o parto. Não há contraindicação ao parto vaginal para essas gestantes.

- Lesão de Alto Grau (HSIL): encaminhar a gestante para avaliação da obstetria de risco.

## **1.10. Prescrição de suplementos**

A suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério.

- **Sulfato ferroso:** o Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar. Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses;
- **Ácido fólico:** Para prevenir os defeitos de fechamento do tubo neural: dose de 0,4 mg/dia. Recomenda-se iniciar um mês antes da gravidez e manter até a 12ª semana de gestação (MS, 2016).

- Para prevenção da anemia: suplementação diária de ácido fólico de 0,4 mg durante o período gestacional;

- Situações recomendadas para o uso da posologia de 5 mg/dia do ácido fólico, na prevenção das malformações do tubo neural (até a 12ª semana de gestação), segundo Febrasgo, 2014 e NHS-UK, 2018:

Gestante ou o parceiro com defeito do tubo neural;

Gestação prévia com defeito de tubo neural;

História familiar de malformações neurológicas;

Diabetes;

Epilepsia;

Cirurgia bariátrica prévia.



## 1.11. Recomendações de imunizações

O ideal é que toda mulher tenha completado, antes de engravidar, seu calendário vacinal. O profissional deve avaliar risco/benefício e prescrever as vacinas mais importantes considerando a história clínica, a endemicidade local e as contraindicações para cada paciente.

Nas situações específicas de profilaxia estará indicada a imunização passiva, que prevê o recebimento de soros ou imunoglobulinas específicas como a imunoglobulina específica contra varicela ou hepatite B.

Como regra geral, para as gestantes deve-se evitar vacinas de vírus atenuados pois existe a possibilidade de passagem de partículas virais para o feto e de causar alguma alteração, como malformação, aborto ou trabalho de parto prematuro.

Por outro lado, existem vacinas indicadas para gestantes visando prevenir o adoecimento dela e/ou de seu filho, como por exemplo: Hepatite B, difteria, tétano, coqueluche, influenza, etc.

As recomendações da tabela da página 35 são baseadas no Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, Brasília, 2014, Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação, MS, 2014. Calendário Nacional de Imunizações, MS, 2017 e nas Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações, no Calendário de Vacinação - Gestante - 2017/2018.

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial.

### **Vacina em situação especial - febre amarela**

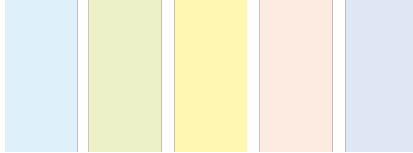
Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez. É contraindicada em nutrizes até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias.

## Vacinas recomendadas

Vacina	Histórico Vacinal	Conduta na Gestação	Comentários
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (Difteria, tétano e coqueluche) – dTpa Realizar a partir da 20ª semana de gestação  Dupla adulto (difteria e tétano) – dT Qualquer idade gestacional	Em gestantes previamente vacinadas, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa - a partir da 20ª semana de gestação.	A dTpa está recomendada em todas as gestações. Protege a gestante e evita que a mesma transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido.  Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas	
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa - a partir da 20ª semana de gestação.	
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.	
Hepatite B	Se imunizada previamente à gestação, com esquema de 3 doses.	Não vacinar	
	Esquema vacinal incompleto	Completar o esquema vacinal conforme o nº de doses faltantes.	
	Não imunizada	A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis. 1ª dose (após a 14ª semana de gestação) 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira) Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses	
Influenza (gripe)	Dose única anual. A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação.		Contraindicações: História de alergia grave ou antecedentes de reações anafiláticas à proteína do ovo e seus derivados ou em doses anteriores da vacina.

## Vacinas contraindicadas

Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.
Dengue	Não vacinar na gestação.	Contraindicada para mulheres amamentando



## Orientações para gestantes expostas à varicela

Gestantes suscetíveis expostas à varicela deverão receber imunoglobulina antivari-cela a qualquer tempo da gravidez. A sua utilização depende do atendimento de três condições, segundo o Manual do CRIE, 2014.

- Suscetibilidade: que o comunicante seja suscetível, isto é, sem história bem definida da doença e/ou de vacinação anterior;
- Contato significativo: permanência com o doente durante pelo menos 1 hora em ambiente fechado;
- Condição especial de risco como gestantes.

### Orientações para uso da Imunoglobulina humana antivari-cela zoster

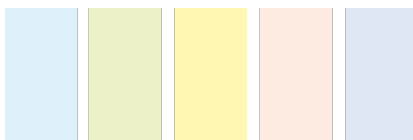
- Indicações quase que restritas a gestantes em qualquer fase da gravidez e a recém-nascidos, em determinadas situações.
- Reduz a gravidade das manifestações da varicela, tal como a pneumonia, mas falha frequentemente na prevenção total da doença.
- Administração: deve ser aplicada o mais precoce possível após a exposição, dentro de 5 dias (MS) ou até 10 dias, segundo o CDC. Dose única de 125 UI para cada 10 kg de peso (a dose mínima é de 125 UI e a dose máxima de 625 UI), por via IM.
- Eventos adversos:
  - Locais: eritema, enduração e dor de intensidade leve são comuns;
  - Sistêmicos: febre, sintomas gastrointestinais, mal-estar, cefaleia, exante-ma, ocasionalmente;
  - Alérgicos: anafilaxia é rara.

## 1.12. Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

A avaliação do estado nutricional da gestante deve ser realizada em todas as consul-tas 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 Gráfi-co de Acompanhamento Nutricional da Gestante, encontrado na Carteira de Pré-Natal.

### 1.12.1 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, identificar aquelas em situação de risco e acompanhar o ganho de peso até o final da gestação.

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional, calculado de acordo com dados referidos (o limite máximo são 2 meses antes) ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isto não seja possível, a avaliação da gestante deve ser iniciada com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional. Para tanto é necessário:

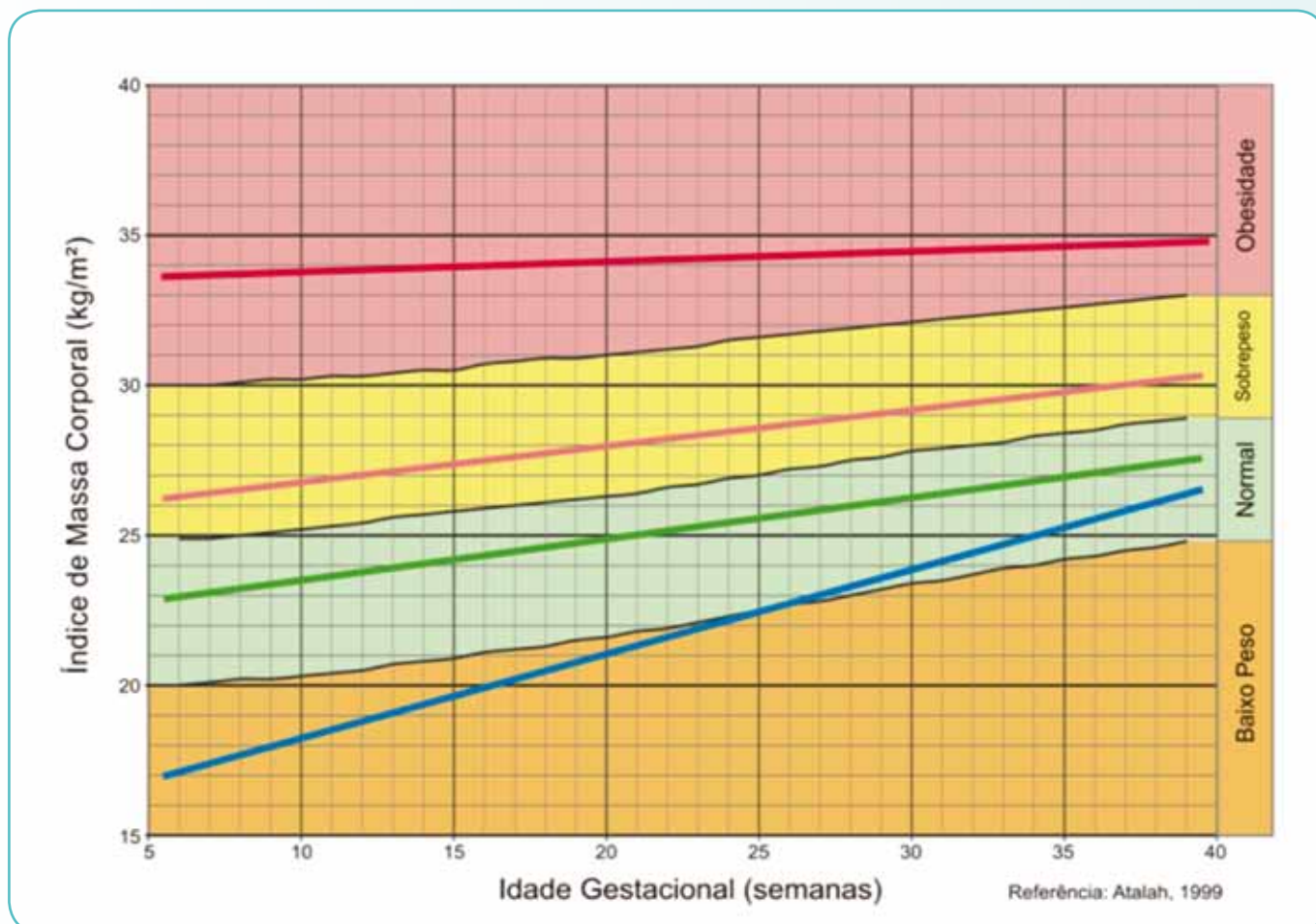
- a) Localizar a Idade Gestacional (IG) em semanas no eixo horizontal do gráfico 1;
- b) Localizar o IMC no eixo vertical do gráfico 1;

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

Marcar o ponto de intersecção dos eixos;

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

**Gráfico 1- Acompanhamento Nutricional da Gestante**





## 1.12.2 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 (quadro 1).

Hiperemese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes devem ser afastadas em gestantes com baixo peso. Para aquelas com sobrepeso e obesidade deve-se investigar edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla.

**Quadro 1 - Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial**

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestre*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (<18,5kg/m <sup>2</sup> )	0,5 (0,44 - 0,58)	12,5 - 18,0
Adequado (18,5 - 24,9kg/m <sup>2</sup> )	0,4 (0,35 - 0,50)	11,5 - 16,0
Sobrepeso (25,0 - 29,9kg/m <sup>2</sup> )	0,3 (0,23 - 0,33)	7,0 - 11,5
Obesidade (>30kg/m <sup>2</sup> )	0,2 (0,17 - 0,27)	5,0 - 9,0

\* Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5-2,0 kg

Fonte: Institute of Medicine, 2009.

## 1.12.3 Monitoramento do ganho de peso

O monitoramento do ganho de peso durante a gestação pode ser feito com base em dois instrumentos: o quadro 1, que indica qual é o ganho de peso recomendado segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal e o gráfico 1, no qual se acompanha a curva do IMC segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada, pelo menos, trimestralmente.

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 interseção 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 a seguir. Se a curva não seguir a inclinação recomendada, o ganho de peso está inadequado.



Estado nutricional	Exemplo	Inclinação Ascendente da Curva*
<b>Baixo Peso (BP)</b>	Linha azul	Maior que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequada.
<b>Peso adequado (A)</b>	Linha verde	Paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.
<b>Sobrepeso (S)</b>	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.
<b>Obesidade (O)</b>	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.

#### 1.12.4 Situações específicas

- **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.

- **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.

- **Gestantes em vulnerabilidade social**

Tendo em vista os riscos à gestante e ao conceito, os casos de vulnerabilidade social devem ser abordados de modo intersetorial, cabendo destacar as parcerias entre a SMS, a Fundação de Ação Social (FAS) e Secretaria Municipal do Abastecimento (SMAB), entre outras.

### 1.12.5 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 quadro a seguir:

Orientações nutricionais em função do ganho de peso durante o acompanhamento do pré-natal	
Ganho de peso	Orientações nutricionais
<b>Adequado</b>	Manter a alimentação adequada de acordo com as recomendações nutricionais.
<b>Inferior ao recomendado</b>	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.
<b>Superior ao recomendado</b>	Investigar possíveis causas com atenção especial ao consumo excessivo de alimentos, sedentarismo, edema. A atenção deve ser multiprofissional, envolvendo orientações sobre alimentação adequada, prática de atividade física e cuidados quando diagnosticada hipertensão arterial em caso de edema.

Fonte: Adaptado do Protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, MS, 2008.

## 1.13 Orientação alimentar

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal (BRASIL, 2013).

### A escolha dos alimentos:

Para adoção de práticas alimentares saudáveis, utiliza-se como base as informações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2015).

<b>PREFERIR</b>	<b>Alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados</b>	<b>O que são?</b> Alimentos <i>in natura</i> são aqueles retirados diretamente da natureza, sem sofrerem alteração. Já os alimentos minimamente processados são aqueles que passaram por poucas alterações após deixar a natureza (ex. limpeza, moagem, congelamento) que não envolvem adição de sal, açúcar, óleo ou outras substâncias.
-----------------	---	--

## PREFERIR

**Alimentos *in natura* e minimamente processados**

### **Por que preferir esses alimentos?**

Suas características originais estão preservadas, sendo ótimas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

**Devem ser a base para uma alimentação balanceada, saborosa e sustentável.**

### **Quais são esses alimentos?**

Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos *in natura* ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados; arroz branco, integral ou parabolizado, a granel ou embalado; milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais; feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; cogumelos frescos ou secos; frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias; castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar; cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas; farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados; leite pasteurizado, ultrapasteurizado ('longa vida') ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar); ovos; chá, café e água potável.

## MODERAR

**Alimentos processados**

### **O que são?**

Alimentos fabricados pela indústria, com adição de sal ou açúcar, para aumentar a durabilidade e melhorar o sabor.

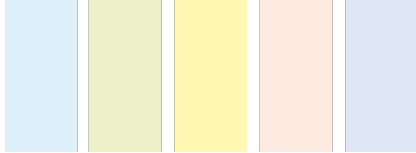
### **Por que moderar o consumo?**

Os ingredientes e métodos usados na fabricação desses alimentos alteram de modo desfavorável a composição nutricional desses alimentos.

Deve-se consumir esses alimentos em pequenas quantidades, como parte de refeições compostas por alimentos *in natura* ou minimamente processados.

### **Quais são esses alimentos?**

Cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas; carne seca e toucinho; sardinha e atum enlatados; queijos; e pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.



<b>EVITAR</b>	<b>Alimentos ultra processados</b>	<p><b>O que são?</b></p> <p>Formulações industriais, que contêm grande quantidade de açúcar, sal e óleo, além de possuírem uma lista grande de ingredientes, como aditivos químicos, como corantes, aromatizantes e realçadores de sabor.</p> <p><b>Por que moderar o consumo?</b></p> <p>Apresentam composição nutricional desbalanceada, favorecem o consumo excessivo de calorias e tendem a afetar negativamente a cultura, a vida social e o meio ambiente.</p> <p><b>Quais são esses alimentos?</b></p> <p>Vários tipos de biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, 'cereais açucarados' para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, 'barras de cereal', sopas, macarrão e temperos 'instantâneos', molhos, 'salgadinhos de pacote', refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, 'bebidas energéticas', produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo <i>nuggets</i>, salsichas e outros embutidos, 'pães de forma', pães para hambúrguer ou cachorro quente, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.</p>
---------------	------------------------------------	---

## Óleos, gorduras, sal e açúcar:

Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

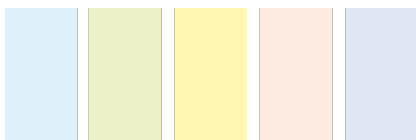
- Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.
- Evitar frituras e preferir formas de preparo que utilizam menos óleo, como assados, cozidos, ensopados e grelhados.
- Ler os rótulos dos alimentos e evitar aqueles com alto teor de gorduras, sódio e açúcar (sacarose, xarope de glucose, glicose e de milho, açúcar invertido, etc.).

## Água

Beber água, no mínimo 6 a 8 copos. Preferir o consumo no intervalo das refeições.

## Comer com regularidade e atenção:

- Procurar fazer as refeições em horários semelhantes todos os dias. Evitar



ficar muitas horas sem comer. Não “pular” as refeições e evitar “beliscar” entre as mesmas ajuda a controlar o peso durante a gestação. Ao fazer todas as refeições, a gestante evita que seu estômago fique vazio por muito tempo, o que diminui o risco de sentir náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que ela não sinta muita fome, não exagerando na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação, quando o útero está maior e comprime o estômago.

- Comer sempre devagar e desfrutar o que está comendo, sem se envolver em outra atividade, como uso do computador, TV, celular, etc.
- Preparar a alimentação. Cozinhar é uma maneira de consumir uma alimentação mais saudável. Sempre que possível, compartilhar com familiares ou amigos.
- Dar preferência, quando fora de casa, aos locais que servem refeições feitas na hora. Restaurantes de “comida a quilo” podem ser boas opções. Evitar redes de *fast-food*.

## 1.14. Saúde Bucal: Pré-Natal Odontológico (PNO)

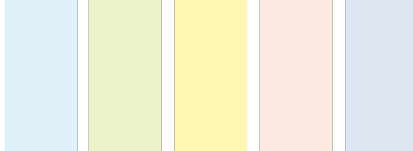
O PNO consiste na assistência e no controle da saúde bucal da futura mamãe e em orientações para a promoção da Saúde Bucal do futuro bebê e da família.

A gestante apresenta maior susceptibilidade para o surgimento de problemas bucais devido a 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 gengivite ou agravamento de doença pré-existente 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. Em que pese toda a questão hormonal e dietética, sem presença de placa bacteriana não haverá cárie ou doenças gengivais, sendo assim sua remoção é fundamental.

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 urgentes está sob maiores riscos, se não tratada, do que se fosse submetida ao tratamento odontológico.

Sugere-se que as consultas odontológicas sejam trimestrais. Nelas, o profissional irá prevenir e tratar doenças da cavidade bucal bem como condições bucais que possam comprometer a saúde da mãe e/ou do bebê. Também serão realizadas orientações



a respeito da promoção de saúde bucal da mãe e do futuro bebê, o aconselhamento sobre os retornos às consultas após o nascimento e o esclarecimento de eventuais dúvidas.

O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado de toda a equipe, pois muitos agravos que acometem a boca têm repercussão na saúde geral do paciente e em sua qualidade de vida. Médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, em conjunto com a equipe odontológica, devem incluir no seu rol de procedimentos orientações sobre a saúde bucal da gestante, do futuro bebê e da família.

Estudos sugerem que parto prematuro e baixo peso ao nascer podem estar associados a algumas doenças bucais como a periodontite.

Na primeira consulta de Pré-natal Odontológico o profissional deve estabelecer o risco de complicações na cavidade oral da gestante a fim de estabelecer um protocolo de atendimento e reconsultas.

Realizar radiografias apenas se houver o estrito benefício do diagnóstico e utilizar a menor dose de radiação com o menor número possível de radiografias. Mas sabe-se que é um procedimento seguro, devendo sempre usar na paciente o avental de chumbo e colar de tireoide.

## Alterações nos tecidos de suporte do dente

A alteração hormonal durante a gestação modifica a resposta inflamatória do organismo frente à presença do biofilme e isto pode contribuir para uma maior prevalência de gengivite na gestante. Estas respostas inflamatórias exacerbadas na cavidade oral facilitam a presença de granulomas piogênicos e podem agravar quadros de periodontite já instalada se a higiene bucal estiver deficiente.

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

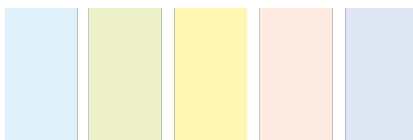
Durante a gestação é comum o aumento da vascularização da gengiva e resposta exagerada aos fatores locais nos tecidos moles do periodonto. A influência hormonal atua exacerbando a resposta inflamatória, aumentando a permeabilidade vascular.

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.

## Saúde bucal do futuro bebê

As orientações sobre a saúde bucal do futuro bebê devem começar durante a gestação nas consultas de assistência e promoção de saúde bucal à gestante.

Os dentes decíduos começam a ser formados por volta da sexta semana gestacional e os permanentes por volta do quarto mês. Condições gestacionais desfavoráveis como o uso de medicamentos, processos infecciosos (inclusive os de origem dentária na gestante) e carências nutricionais, entre outros, podem comprometer a fase de formação e mineralização dos dentes decíduos e alguns permanentes do bebê em formação.





Os hábitos alimentares e de higiene da família, 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 maloclusões. 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.

Os pais ou responsáveis pela criança devem ser orientados a não introduzirem o açúcar na dieta da criança até os dois anos de idade, pelo menos. Após a erupção dos primeiros dentes, por volta dos seis meses (pode ocorrer antes deste período ou depois), a higiene bucal passa a ser obrigatória após cada alimentação e amamentação da criança.

## **Cárie da Primeira Infância**

Também chamada de cárie de mamadeira ou cárie de aleitamento, é uma doença aguda não transmissível que afeta crianças ainda no primeiro ano de vida. As causas são multifatoriais: deficiência ou ausência de higiene bucal associada a uma dieta rica em carboidratos, principalmente a sacarose ingerida em alta frequência. Importante destacar que à noite há uma diminuição do fluxo salivar e do reflexo de deglutição, o que propicia a retenção dos alimentos junto ao dente. Neste período o risco de formação de cárie é maior.

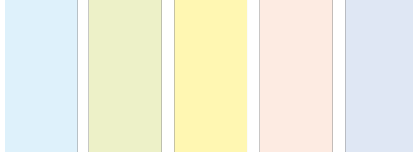
## **Limpeza dos dentes**

A equipe odontológica deve orientar os pais ou responsáveis sobre como efetuar a limpeza da boca dos bebês, que deve começar a partir do nascimento dos primeiros dentes. Antes do nascimento dos primeiros dentes, por volta dos 4 meses, os pais podem limpar a cavidade bucal do bebê com uma gaze ou ponta de fralda embebida em água filtrada, que deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda a mucosa oral do bebê, uma vez ao dia, no intuito de condicionar o bebê a ter sua boca manuseada. A partir do nascimento dos primeiros dentes a limpeza passa a ser obrigatória e deve ser feita com a utilização de escova de cabeça pequena e cerdas macias e com dentífrico de no mínimo 1000 partes por milhão de flúor. A quantidade de dentífrico a ser colocada na escova equivale a um grão de arroz para crianças até 4 anos de idade e a um grão de ervilha para os maiores. Orientar sobre o uso do fio dental junto com as escovações a partir do momento em que os dentes estiverem se tocando.

## **Alterações de Desenvolvimento**

No exame intrabucal do bebê o profissional de saúde deverá ficar atento a possíveis alterações de desenvolvimento. As mais comuns são: nódulos, pérolas e cistos. Na maioria das vezes desaparecem de forma espontânea.

Observar as características do freio lingual e avaliar a necessidade ou não de sua remoção, pois se ele for muito curto e dificultar a amamentação, a remoção deverá ser



feita preferencialmente nos primeiros trinta dias de vida. O freio labial superior deverá também ser observado, normalmente se apresenta baixo, mas sua inserção vai se tornando mais apical conforme o crescimento da criança, devendo ser reavaliado por volta dos 8 ou 9 anos caso permaneça baixo.

Dentes natais (presentes no nascimento) ou dentes neonatais (presentes até 30 dias após o nascimento) devem ser avaliados. Normalmente os dentes natais são extraídos devido a sua pouca inserção no periodonto. Dentes neonatais terão sua exodontia indicada se forem supranumerários. Caso façam parte dos dentes decíduos muitas vezes as bordas são desgastadas a fim de facilitar o aleitamento materno. Se estes dentes estiverem machucando a mãe ou o ventre da língua do bebê, mesmo após o desgaste, devem ser removidos. Muito comum neste período o bebê apresentar o chamado calo de amamentação, saliência fisiológica no lábio inferior decorrente do aleitamento materno.

## Erupção dos dentes

É um processo fisiológico que se inicia por volta dos seis meses de idade podendo ocorrer antes ou após este período. A dentição decídua estará completa por volta dos 36 meses com dez dentes na arcada superior e dez dentes na arcada inferior.

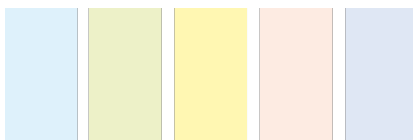
Alguns estudos apontam que uma febrícula (até  $37,7C^{\circ}$ ) e diarreia são fatores ligados à erupção dental, embora poucos deles evidenciem efetivamente tal associação. Já outros estudos dizem que estas alterações sistêmicas não estão associadas diretamente com irrompimento dos dentes, havendo uma coincidência ou uma infecção oportunista nesta mesma época. Comportamento choroso e irritadiço é comum nesta fase. Alguns métodos simples podem ser utilizados para minimizar estes sintomas como oferecer bebidas e alimentos frios e/ou gelados, massagear suavemente a gengiva do bebê, oferecer alimentos (sem açúcar) duros e mordedores gelados (colocá-los na geladeira antes). Para descartar qualquer outra doença associada, quando o bebê apresentar febre (acima de  $37,7C^{\circ}$ ) e diarreia, é recomendada avaliação médica.

## Hábitos

Os hábitos de sucção da chupeta e do dedo podem se manifestar na fase oral do desenvolvimento, nos primeiros dois anos de vida. Contudo, quando mantidos por período prolongado, podem levar a alterações na oclusão. O uso da chupeta não é recomendado. Nos casos de impossibilidade de aleitamento materno, assim como ao iniciar a alimentação complementar, os líquidos devem ser oferecidos em copos ou copinhos.

## Competência da UBS

As gestantes inscritas no programa de pré-natal 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. Logo após o nascimento do bebê é importante que a mãe seja estimulada a levar a criança ao dentista para uma primeira avaliação.

## 1.15. Orientações nas queixas frequentes da gestação

### Náuseas/vômitos

Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Cerca de 10% das gestantes mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre.

#### Avaliar sempre:

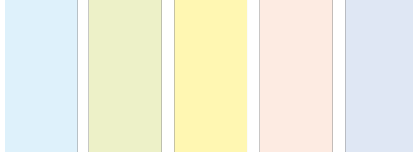
- Presença de sinais de alerta:
  - Queda do estado geral;
  - Sinais de desidratação;
  - Sinais de distúrbios metabólicos.
- Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas;
- Gestações não planejadas.

#### Orientar:

- Fazer as refeições em horários semelhantes todos os dias. Evitar ficar muitas horas sem comer. Alimentar-se logo ao acordar;
- Ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal e torrada;
- Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis;
- Evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos;
- Ingerir alimentos gelados;
- Evitar deitar-se logo após as refeições.

Nos casos de perda de peso excessiva ou manutenção do quadro após o primeiro trimestre, deve-se avaliar a necessidade do uso de medicamentos e do envolvimento de equipe multiprofissional.

Antieméticos orais: Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas.



## 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.

Nos casos de hiperemese gravídica que não respondam à terapêutica inicialmente instituída deve-se encaminhar a gestante para a maternidade de referência para avaliação e conduta.

## Cefaleia

Realizar avaliação da pressão arterial para afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Investigar o antecedente dos sintomas antes da gestação, como enxaqueca.

Orientar repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação. Retorno à consulta médica, se persistir o sintoma. Se necessário, prescrever analgésico, por período de tempo limitado.

## Sangramento nas gengivas

É comum na gestação pelo aumento de vascularização. Recomendar o uso de escova de dente macia, o uso de fio dental e massagem na gengiva. Orientar que procure agendar atendimento odontológico. Eventualmente pode estar relacionado a distúrbios de coagulação.

## Epistaxe e congestão nasal

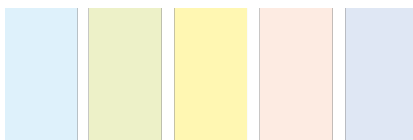
Epistaxes: geralmente eventos fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe. Realizar leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.

Congestão nasal: recomenda-se instilação nasal de soro fisiológico.

## Varizes

Manifestam-se geralmente nos membros inferiores e na vulva, com sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. Avaliar quanto a presença de dor contínua ou no final do dia, de sinais flogísticos e/ou edema persistente.

Orientar que o tratamento na gestação consiste em medidas profiláticas. As gestantes não devem permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com pernas cruzadas. Recomenda-se 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. Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.



## Cãimbras

Recomendar à gestante que evite o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar). Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas.

Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens ao músculo contraído e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé.

## Cloasma gravídico

Orientar a gestante que o aparecimento de manchas castanhas na face é comum na gravidez e geralmente desaparece ou regride após o parto. Evitar exposição direta ao sol. Utilizar filtro solar tópico, aplicando, no mínimo, três 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 ser usadas substâncias oleosas ou cremes hidratantes compatíveis com a gravidez para realizar massagens locais. Qualquer tratamento para estrias está contraindicado na gestação.

## Dor nas mamas

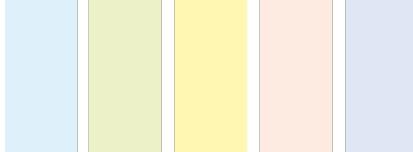
Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações dos hormônios esteroides aumentados na gestação. Realizar avaliação mamária para descartar qualquer alteração. Avaliar a presença de descargas papilares purulentas ou sanguinolentas.

Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. Orientar o uso de sutiã com boa sustentação. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que geralmente se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional.

## Hemorroidas

Queixa comum, principalmente no final da gestação ou no pós-parto. Avaliar sinais de gravidade como aumento da intensidade da dor, endurecimento do botão hemorroidário e sangramento retal.

Orientar a gestante para realizar dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, utilizar 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 local ou odor fétido. A queixa deve ser avaliada. Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST.

## Dor lombar

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. Observar sinais e sintomas de alerta como febre, mal-estar geral, sintomas urinários e contrações uterinas.

Orientar a gestante a corrigir a postura ao sentar e ao andar, ao uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos. Aplicação de calor local. Indicar atividades de alongamento e orientação postural, pode-se utilizar o apoio da equipe de fisioterapia dos NASF. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos. Se necessário, utilizar analgésico por tempo limitado.

## Dor abdominal/cólica

Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação. Avaliar sempre:

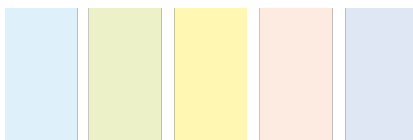
- Presença de sinais de alerta:
  - Dor em baixo ventre sugerindo contrações uterinas;
  - Sangramento vaginal;
  - Sintomas sistêmicos e de abdome agudo.
- Presença de ITU;
- Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.

Orientar e tranquilizar a gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma. Em casos de queixa intensa ou persistente, avaliar a necessidade do uso de medicamentos.

## Flatulência e obstipação intestinal

Comum na gestação. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas. Realizar alimentação rica em fibras (frutas de modo geral, frutas laxativas como mamão e ameixa, frutas com bagaço e vegetais crus e cereais integrais). Observar a tolerância a alimentos flatulentos, como feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve. Aumentar a ingestão de água.

Não havendo contraindicação, orientar caminhadas leves. Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Criar o hábito sanitário diário. Caso necessário, reavaliar o uso de medicamentos.



## Edema

No geral, surge no 3º trimestre da gestação, nos membros inferiores e ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia.

Avaliar sempre:

- A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia. A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.

Sinais de alerta:

- Edema limitado aos MMII, porém associado à hipertensão ou ao ganho de peso;
- Edema generalizado;
- Edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos.

Medidas gerais:

- Evitar ortostatismo prolongado e permanecer sentada por longo período, como em viagens demoradas;
- Fazer repouso periódico em decúbito lateral e/ou com os membros inferiores elevados;
- Se necessário, usar meia elástica;
- Evitar diuréticos e dieta hipossódica. Não é indicado tratamento medicamentoso para correção do edema fisiológico na gravidez.

## Pirose/azia

Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez.

Avaliar sempre:

- Sintomas iniciados antes da gravidez;
- Uso de medicamentos;
- Histórico pessoal e familiar de úlcera gástrica.

Recomendação:

- Fazer alimentação fracionada com menor volume (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);
- Evitar líquido durante as refeições;
- Evitar deitar-se após as refeições;
- Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto);
- Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes;
- Evitar álcool e fumo.

Caso estas medidas não resolvam, a critério médico, avaliar a necessidade do uso de medicamentos.



## Sialorreia (salivação excessiva)

A sialorreia também tem sido associada à gestação e sua causa tem sido relacionada a refluxo gastroesofágico, náuseas, vômitos gestacionais, algumas medicações e fatores irritantes, como o tabaco. Desencadeada por estímulo neurológico do quinto par craniano (nervo trigêmeo) e do nervo vago, e se relaciona mais à dificuldade de deglutição decorrente de náuseas que ao aumento de secreção salivar (Febrasgo, 2014).

Explicar que é uma queixa comum no início da gestação, no qual há grandes mudanças hormonais, podendo se estabilizar à medida que a gestação evolui. Orientar dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Recomenda-se que a gestante evite cuspir para não ocorrer a perda de sais minerais e nutrientes. Orientar a deglutir a saliva e a tomar líquidos em abundância, especialmente se calor.

Se o mal-estar ocasionado pela sialorreia demorar muito a passar, mesmo com a evolução da gravidez, é preciso investigar se há outras condições que contribuam para a situação, como uma gastrite ou até uma doença intestinal, entre outros motivos.

## Fraqueza/tontura e desmaios

Pode estar relacionada à hipotensão arterial e à hipoglicemia. Os episódios são, em geral, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. Avaliar a pressão arterial.

Recomendações de medidas profiláticas:

- Fazer as refeições em horários semelhantes todos os dias. Evitar ficar muitas horas sem comer;
- Alimentar-se logo ao acordar;
- Evitar a inatividade e mudanças bruscas de posição;
- Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas;
- Evitar permanecer, por longo período, em ambientes fechados e sem ventilação adequada.

## Falta de ar/dificuldade para respirar

Orientar a gestante que são sintomas frequentes na gestação. Normalmente, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. Avaliar quanto à presença de: tosse; edema; histórico de asma e outras pneumopatias; sinais ou histórico de TVP; febre.

Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico). Encaminhar para avaliação médica (ausculta cardíaca e pulmonar).

## Queixas urinárias

Orientar que o aumento da frequência urinária é comum na gestação por conta da compressão da bexiga pelo útero gravídico. Indagar quanto à presença de disúria, sangue na urina, dor pélvica/lombar, vômitos ou febre. Ver orientações descritas no capítulo de infecção do trato urinário.



## 1.16. Álcool, tabaco e outras drogas

O consumo de drogas lícitas e ilícitas é um problema complexo e multifatorial, com vários componentes como sociais, comportamentais, de saúde e outros. O uso de drogas na população geral acarreta um sério problema de saúde pública, demandando o envolvimento de equipes multidisciplinares em sua abordagem.

### Tabagismo

O consumo de 15 a 20 cigarros por dia aumenta o risco de abortamentos, partos pré-termo, restrição do crescimento fetal, descolamento prematuro de placenta e amniorrexe prematura. Parar de fumar ou diminuir o número de cigarros por dia aumentam as chances de sucesso da gestação (Febrasgo, 2014).

### Etilismo

O etilismo crônico, associado a outras condições de vulnerabilidade social, pode acarretar anomalias fetais (síndrome alcoólica fetal), representadas por lesões neurológicas, deficiência mental e dismorfismos faciais (microcefalia, microftalmia, fissuras palpebrais curtas). Recomenda-se abstinência ou ingestão mínima de álcool, uma vez que a dose segura não está estabelecida (Febrasgo, 2014).

### Drogas ilícitas

Entre as usuárias de drogas ilícitas (opiáceos, maconha, anfetaminas, crack), há relatos de importantes alterações maternas. Nesse grupo de mulheres são mais comuns os quadros de abortamento, prematuridade, crescimento intrauterino restrito e óbito fetal. A cocaína é a mais estudada na gestação e está relacionada, principalmente, a malformações fetais urológicas e cardíacas. As infecções genitais são mais frequentes nesse grupo de pacientes (frequente associação com promiscuidade), assim como a desnutrição, o que pode levar a maior morbimortalidade materna e fetal. Nas dependentes pesadas, é comum a síndrome de abstinência nos conceitos, exigindo maiores cuidados neonatais (Febrasgo, 2014).

### Compete a UBS:

- Alertar sobre os malefícios na gestação do uso do tabagismo, etilismo e do uso de drogas ilícitas;
- Orientar sobre a abstinência total ou a redução do consumo, quando essa não for possível;
- Avaliar a gestante quanto ao Status em relação ao cigarro: se é fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo;
- Recomendar que não deixe cigarros em casa, no carro ou no trabalho;
- Avaliar quanto à exposição ambiental à fumaça de cigarro;
- Ressaltar a importância do apoio dos familiares e amigos;
- Ofertar as diversas possibilidades de tratamento, contando com apoio dos matriciadores da psicologia e psiquiatria do NASF, que poderão auxiliar no gerenciamento destes casos.



## 1.17. 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.

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, ideias 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 a 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 às 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,

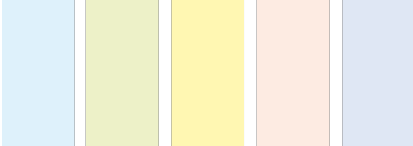


escopolamina e meperidina. O médico deve estar atento para descartar estas situações.

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. Trata-se de um quadro grave e que requer internação psiquiátrica.

## 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 e/ou multiprofissional pode ser imprescindível (McGrath, 1999).
- Os antipsicóticos devem ser evitados no primeiro trimestre. 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 ou outros anticonvulsivantes é sugerida 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. O uso do ácido fólico precocemente, até mesmo antes de engravidar, reduz chances de malformação no feto. 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 psicólogos e psiquiatras do NASF, que poderão auxiliar no gerenciamento



desses casos. Podem ser acionados os equipamentos de saúde (como CAPS e Hospitais clínicos, hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental e eventualmente componentes intersetoriais (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 o Psiquiatra do NASF de referência do território e CAPS (via telefone).

Como orientação geral, utilizar a mínima dose terapêutica. Apresentamos as medicações disponíveis na Farmácia Curitiba.

- 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, e 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 congênitas 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

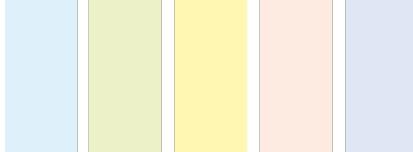
- Gravidez - categoria C
  - Gravidez- sintomas transitórios de retirada da droga foram relatados em alguns recém-nascidos de mães tratadas próximo ao termo (Síndrome de abstinência como por ex. tremores transitórios, dificuldade na alimentação, taquipnéia e irritabilidade). Avaliar risco/benefício;
- Lactantes- é excretada no leite numa concentração em torno de 12%. 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;
- Amamentação: 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).
- Amamentação: o haloperidol é excretado no leite materno, de modo que os benefícios e os riscos da amamentação devem ser avaliados e pesados. Recomenda-se que pacientes ativamente psicóticas não amamentem.



## Amitriptilina

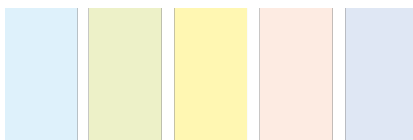
- Gravidez - categoria C
  - Deve ser evitado sempre que possível, especialmente durante o primeiro trimestre da gestação. Alguns estudos retrospectivos e relatos de caso associam o uso de antidepressivos tricíclicos no primeiro trimestre de gestação ao surgimento de malformações em membros (redução do tamanho). Avaliar os possíveis benefícios contra os riscos para a mãe e a criança. O RN cuja mãe usou amitriptilina pode apresentar, por alguns dias, irritabilidade, hiperidrose, taquipneia, taquicardia e cianose. Por essa razão, tais medicamentos devem ser interrompidos de 2 a 3 semanas antes do parto.
- Amamentação - Uso compatível com amamentação (OMS).

## Carbonato de lítio

- Gravidez - categoria D
  - O lítio, embora esteja associado a malformações congênitas, ainda é o estabilizador de humor mais seguro para uso durante a gestação considerando uma relação risco-benefício. 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. Fetos expostos ao lítio no terceiro trimestre de gestação podem desenvolver síndrome do bebê hipotônico, com cianose e hipotonia. Também podem ocorrer casos de intoxicação neonatal: distúrbio do ritmo cardíaco, dificuldade respiratória, cianose, DI nefrogênico, disfunções da tireoide, hipoglicemia, hipotonia, letargia, hiperbilirrubinemia e bebês grandes para a idade gestacional.
- Amamentação: Não é aconselhável a amamentação, é excretado no leite. Fármaco de uso muito criterioso na amamentação, necessita de monitorização dos níveis séricos e observar no lactente sinais de inquietação, fraqueza e hipotermia. Pode ocorrer intoxicação por lítio no RN (letargia, cianose, reflexos anormais e hepatomegalia) demandando ser monitorado.

## Ácido valpróico

- Gravidez - categoria D
  - Pode ocasionar defeitos do tubo neural, craniofaciais, malformações cardiovasculares e outros, principalmente quando usado no primeiro trimestre da gravidez;
  - 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;



- O risco de complicações é dose-dependente, portanto se usado, tentar as mínimas doses efetivas.
- Recomenda-se a suplementação de ácido fólico.
- Amamentação: Considerada compatível pela OMS e pela *American Academy of Pediatrics*.

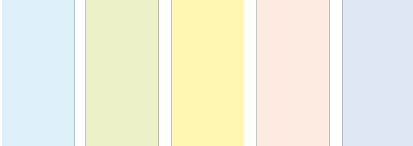
## Diazepam

- 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 têm sido eventualmente descritos. Avaliar riscos fetais/benefícios maternos.
  - A ingestão materna continuada e em altas doses de Diazepam no 2º e 3º trimestres ocasiona sintomas no recém-nascido, como irritabilidade, tremores, diminuição do índice de apgar, diarreia e vômitos.
- Amamentação: Excretado no leite materno. Não é recomendado amamentação em pacientes em uso de diazepam (FDA). Em doses esporádicas, o uso é compatível (MS, 2010). Benzodiazepínicos de meia vida curta e alta potência podem ser usados esporadicamente no intervalo entre as mamadas, mas sob orientação médica.

## 1.18. Orientações gerais 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 a importância do aleitamento materno;
- Procurar a unidade de saúde e/ou maternidade de referência caso ocorram sinais de trabalho de parto e/ou de alerta para emergência tais como cefaleia, 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 unidade 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 unidade;
  - Participar da visita à maternidade durante o pré-natal, conforme a disponibilidade da data e horário fornecido pela maternidade a qual está vinculada, que deverá ocorrer, aproximadamente, no 6º/7º mês de gestação. O pai deve ser convidado para a visita programada à maternidade.

## 1.19. Orientações em fisioterapia para gestantes

- Evite erguer objetos pesados. Quando necessário, agache-se para apanhá-los e mantenha-os próximos 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, mas 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 abdômen, 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 balanço;
- Em caso de mal-estar na realização dos exercícios, pare e procure a sua unidade de saúde;
- Retorne lentamente à sua rotina de exercícios após o nascimento do seu bebê, mas sempre com a autorização médica.

## 1.20. Ações educativas

Deve ser oferecida e incentivada a participação do casal nas oficinas de pré-natal. Sugestões de realizar temas de acordo com o trimestre gestacional.



## 1º Trimestre

- Mudanças maternas durante a gestação: mudanças físicas, hormonais, sexuais, emocionais e sociais;
- Importância de realizar o pré-natal: das consultas de pré-natal, do início precoce, da assiduidade, dos exames, da visita à maternidade, da participação nas oficinas;
- Cuidados maternos durante a gestação: orientações nutricionais e de atividade física, 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.);
- Ressaltar a importância da participação do pai durante a gestação e o parto;
- As dificuldades da gestação na adolescência;
- Orientação quanto à atividade sexual, incluindo prevenção das IST.

## 2º Trimestre

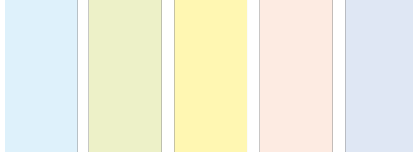
- Orientações para as queixas mais frequentes na gestação;
- Vacinas na gestação;
- Saúde bucal da mãe e do bebê;
- Estresse e ansiedade na gestação;
- Exercícios respiratórios na gestação e parto;
- Sinais de alerta na gestação.

## 3º Trimestre

- Informações quanto aos sinais de alerta e como proceder nessas situações, também para sinais e sintomas do parto. Orientações de quando procurar a maternidade;
- Incentivar 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;
- Ressaltar a importância do planejamento reprodutivo e das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido, importância do acompanhamento e das medidas preventivas como vacinação;
- Orientação para o aleitamento materno.

## 1.21. Pré-natal da parceria sexual

Propõe-se a ser uma grande oportunidade de entrada aos serviços em saúde, enfatizando ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.



O envolvimento consciente, em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação, pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis, MS, 2016.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início à participação da parceria sexual nas rotinas de acompanhamento da gestante, explicando a ambos os benefícios da participação em todas as etapas.

Para monitorar a implantação do programa solicitamos registrar numa planilha as participações das parcerias, por mês, informando os primeiros comparecimentos e os subsequentes. Esta planilha será repassada à Coordenação de Assistência dos Distritos Sanitários que enviarão mensalmente um resumo à coordenação da Rede Mãe Curitibaana Vale a Vida.

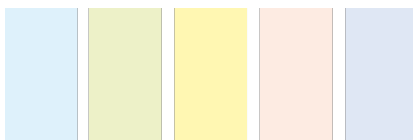
Fornecer declaração de comparecimento para ambos, se solicitado.

## Acolhimento

- O acolhimento não é um momento fixo ou uma etapa, mas uma postura sobretudo empática nos momentos de interação entre os usuários e a equipe de saúde, potencializando trocas e vínculos, reafirmando o acesso respeitoso a informações no que tange à sexualidade e práticas de eventuais comportamentos de risco.
- Deve-se incentivar, desde o início da gestação, a presença da parceria no pré-natal, agendando a primeira consulta compartilhada, sempre com a concordância da gestante.
- Neste momento, ressaltar a importância da presença e participação da família, sempre que possível, nas atividades que envolvam a gestação (consultas, exames, visita à maternidade, atividades em grupo e outros), bem como o cuidado da criança, propiciando oportunidade para esclarecimentos e orientações.
- Deve-se focar também na saúde do(a) parceiro(a), para que este se apresente bem para a chegada do bebê, explicando a importância da realização de exames e dos tratamentos que se fizerem necessários.
- Ampliar o acesso e a oferta da testagem e do aconselhamento é uma importante estratégia para a prevenção de vários agravos. A institucionalização dessas ações permite a redução do impacto das infecções transmissíveis, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde. Permite, também, conhecer e aprofundar o perfil social e epidemiológico, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade.
- Realizar a consulta específica da parceria sexual, visando compreender os seus antecedentes mórbidos pregressos e familiares, bem como suas expectativas e atividades perante a gestação atual, na busca de uma compreensão ampla da saúde.

## Exames a serem solicitados

- HIV;
- Hepatite B: HBSAG;
- Hepatite C: Anti HCV;





- Exame de rastreamento da sífilis;
- Tipagem sanguínea e fator Rh: solicitar se gestante Rh negativo;
- Glicemia de jejum: Rastrear o risco de diabetes tipo 2, em pacientes acima dos 40 anos que estejam com sobrepeso ou obesidade;
- Dosagem de colesterol total, frações e triglicerídeos: solicitar os exames para os pacientes acima dos 20 anos visando rastrear o risco cardiovascular.

Agendar a entrega dos resultados individualmente. Resultados alterados devem ser investigados/tratados e notificados de acordo com os protocolos de cada agravo. A solicitação e os resultados devem ser registrados no prontuário do(a) parceiro(a) sexual.

## Vacinar conforme a situação vacinal encontrada

O(a) parceiro(a), durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e do bebê.

## Outras avaliações

- Avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC=  $\text{Peso-kg}/\text{Altura m}^2$ ): avaliar na primeira consulta;
- Aferição da pressão arterial: avaliar na primeira consulta;
- Encaminhamento para os cuidados da Saúde Bucal: realizar na primeira consulta.

## Participar das atividades educativas/visita à maternidade

Algumas sugestões de temas para as oficinas:

- Cuidados maternos e do parceiro(a) durante a gestação: importância das consultas de pré-natal do casal, dos exames, da visita à maternidade, da participação nas oficinas, orientações nutricionais e de atividade física;
- 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.);
- Roda de conversa: medos, conflitos e dúvidas quanto à gestação e parto; principais causas de óbito, atrelando-as aos comportamentos de risco;
- Atividades para relaxamento e redução do estresse e ansiedade na gestação, como meditação/exercícios respiratórios para a gestante e parceiro(a);
- Sinais de parto, quando procurar a maternidade. Importância da participação do(a) parceiro(a) e a preparação para o parto;
- O(a) parceiro(a) deve ser convidado para a visita programada à maternidade.
- Cuidados com o bebê: higiene/banho, sono, carinho e atenção. Vínculo e par-



ticipação da família nos cuidados do bebê. Importância de um ambiente tranquilo para a amamentação;

- Participação no planejamento reprodutivo;
- O cuidado com a saúde visando a qualidade de vida para a família;
- Ressaltar que o(a) parceiro(a) nunca deve ser visto como uma “visita”, mas como protagonista desta família;
- Convidar o(a) parceiro(a) a engajar-se no método canguru, caso o recém-nascido seja prematuro;
- Valorizar a participação do pai/parceiro(a) sexual em ações simples durante todo o trabalho de parto, como o suporte, realizando o clampeamento (cor-te) do cordão umbilical e o primeiro banho, por exemplo;
- Orientações sobre os direitos da paternidade.

## Direitos

- A parceria sexual tem acesso ao acompanhamento da gestante a nível hospitalar. Divulgar a Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, estimulando que esse acompanhante, inclusive no caso dos pais adolescentes, respeitando a livre escolha da mulher;
- A licença paternidade de 05 (cinco) dias, garantidos por lei.

### **Programa Empresa Cidadã**

A Lei 11.770/2008, que alterou a Lei 8.212/91, instituiu o Programa Empresa Cidadã.


Neste modelo de empresa, a duração da licença-maternidade foi prorrogada por 60 (sessenta) dias. Esta prorrogação também foi estendida aos pais, por meio da Lei 13.257/2016. A partir desta nova lei, os pais poderão deixar de comparecer ao serviço pelos seguintes períodos:

- a) Até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira;
- b) Por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica;
- c) Por 15 (quinze) dias a duração da licença-paternidade, além dos 5 (cinco) dias estabelecidos no § 1º do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Diferentemente do que ocorre na licença maternidade, em que o INSS tem a obrigação de arcar com os 120 dias (empresa paga na folha e deduz no momento do recolhimento dos encargos) e os 60 dias restantes por conta da empresa, na licença paternidade tanto os 5 dias quanto os 15 dias complementares, serão por conta da empresa.

Fonte: <http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/Licenca-ampliacao-prazo.htm>

Cabe ao usuário verificar o modelo adotado pela empresa na qual trabalha.



# **Intercorrências clínicas e obstétricas no pré-natal**



## 2. Intercorrências clínicas e obstétricas no pré-natal

### 2.1 Investigação e manejo das anemias na gestação

O rastreamento de anemia deve ser para todas as gestante. Deve ser solicitado o hemograma no momento da vinculação do pré-natal e repetido a cada trimestre gestacional. Defini-se como anemia durante a gestação os valores de hemoglobina abaixo de 11g/dl. Aproximadamente 50% dos casos decorrem da deficiência de ferro. Outras causas estão relacionadas às deficiências de folato, vitamina B12, inflamação crônica, infecções parasitárias e doenças hereditárias.

Alguns fatores de risco para anemia na gestação são:

- Alimentação inadequada: dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais;
- Não uso do suplemento de ferro profilático;
- Parasitose;
- Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e anemia falciforme.

A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

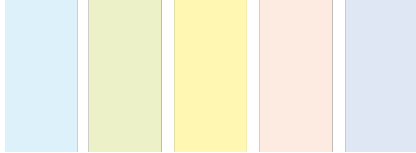
#### 2.1.1 Suplementação rotineira de ferro e ácido fólico:

Administração profilática (Hemoglobina $\geq$ 11 g/dl)		
	Conduta	Periodicidade
<b>Gestantes</b>	40 mg de ferro elementar e 0,4 mg de ácido fólico	Diariamente até o final da gestação
<b>Mulheres no pós-parto e pós-aborto</b>	40 mg de ferro elementar	Diariamente - até o 3º mês pós-parto ou pós-aborto

Fonte: Adaptado do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Manual de Condutas Gerais, MS, 2013 e Protocolo da Atenção Básica, Saúde das Mulheres, MS, 2016.

#### Orientações quanto ao uso:

- Tomar o suplemento no mesmo horário todos os dias, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da refeição), de preferência com sucos feitos de alimentos ricos em vitamina C. Evitar tomar com leite;
- Caso haja esquecimento de suplementar na hora de costume, tomar o su-



- plemento logo em seguida e manter a mesma rotina habitual;
- O uso do sulfato ferroso na gravidez muitas vezes é associado aos enjoos e náuseas na gestante, podendo gerar resistência em continuar a suplementação. Portanto, é fundamental que ela seja orientada quanto à importância da suplementação de forma ininterrupta até o final da gestação;
  - Para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural, a suplementação com 0,4 mg de ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção de anemia (FEBRASGO, 2012; WHO, 2012 e MS, 2016).

### 2.1.2 Manejo na anemia gestacional:

<b>Anemia leve a moderada: hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl</b>	<b>Conduta:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suplementação de ácido fólico;</li><li>• Suplementação de sulfato ferroso (200 mg/dia: quatro a seis comprimidos. Podendo ser: dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. antes do jantar).</li></ul> <b>Repetir exame em 60 dias:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl;</li><li>• Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, encaminhar para avaliação do pré-natal de alto risco.</li></ul>
<b>Anemia grave: hemoglobina &lt; 8 g/dl</b>	Iniciar o tratamento e encaminhar para avaliação do pré-natal de alto risco.

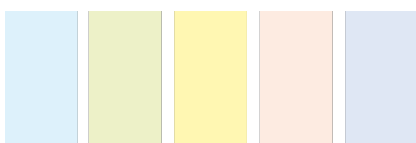
### 2.1.3 Pesquisa de hemoglobinas variantes:

#### Possibilidades de laudo:

- “Ausência de Hemoglobinas Variantes Pesquisadas”: nos casos de não detecção de quantidades significativas das hemoglobinas S, C, D e E.
- “Presença de Hemoglobina S em Heterozigose”: sugerindo a condição de Traço Falciforme.
- “Presença de Hemoglobina S em Homozigose”: sugere a condição de doença falciforme (anemia falciforme). O laudo é liberado automaticamente após a confirmação com eletroforese.

### 2.1.4 Doença falciforme:

É uma mutação genética recessiva da hemoglobina que tem formato de foice. É produzida a hemoglobina S ao invés da A. Existem outras hemoglobinas mutantes como: C, D, E, etc. que juntamente com a S constituem-se no grupo da doença falciforme. A mais conhecida é a SS que se denominou de anemia falciforme, a S/Beta Talassemia, SC, SD, SE, etc.



Quando há a presença de apenas um gene para hemoglobina S, combinado com outro gene para hemoglobina A, com um padrão genético AS (heterozigose) que não produz manifestações da doença, denomina-se como portador do traço falciforme. Não acarreta nenhuma sintomatologia clínica e sua importância é para a orientação genética ao portador. Uma gestante com traço falciforme pode gerar uma criança com doença se o pai da criança também tiver o traço.

Dentre estas associações, a de maior significado clínico é a doença falciforme, determinada pela presença de hemoglobina S em homozigose (SS). A criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S. Esta combinação denomina-se anemia falciforme. A gestação na doença falciforme está associada a um aumento de complicações clínicas materno-fetais. A gravidez pode agravar a doença com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises álgicas e infecções.

A doença pode interferir na evolução normal da gestação. Os riscos incluem aumento das crises vaso-oclusivas no pré e pós-parto, infecções do trato urinário, complicações pulmonares, anemia, pré-eclâmpsia e até óbito. Nas complicações fetais observam-se partos pré-termo, restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal e aumento da taxa de mortalidade perinatal (Manual do Autocuidado na Doença Falciforme, MS). Neste caso, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco. Na criança, a doença falciforme pode ser detectada pelo teste do pezinho.

Para maiores informações consultar a Nota Técnica – Detecção de Doença Falciforme no Pré-natal e Autocuidado na Doença Falciforme, MS.

## 2.2 Diabetes *mellitus*

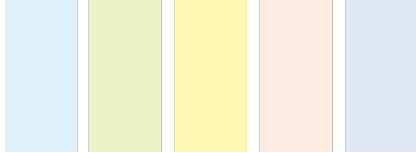
Na atualidade, aproximadamente 415 milhões de adultos apresentam diabetes mellitus (DM) em todo o mundo e 318 milhões de adultos possuem intolerância à glicose, com risco elevado de desenvolver a doença no futuro (OPAS/OMS, 2017).

O principal fator de risco para o desenvolvimento de diabetes do tipo 2 e de síndrome metabólica em mulheres é o antecedente obstétrico de diabetes mellitus gestacional (DMG).

A gestação constitui um momento oportuno para o rastreamento de diabetes e pode representar a grande chance de detecção de alterações de tolerância à glicose. Os efeitos adversos para a mãe e para o conceito podem ser prevenidos/atenuados com orientação alimentar, 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. A hiperglicemia durante a gestação causa problemas à mãe, ao conceito 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 do 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.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o diabetes *mellitus* gestacional é a intolerância aos carboidratos de intensidade variável com início ou de diagnóstico pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Os fatores de risco para desenvolvimento de DMG são:

- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- Histórico familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Baixa estatura (<1,50m);
- Crescimento fetal excessivo;
- Polidrâmnio;
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrosomia ou de diabetes gestacional.

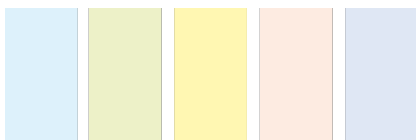
## 2.2.1 Rastreamento e diagnóstico

### Glicemia de jejum:

- Permite a detecção de alterações glicêmicas prévias ao período gestacional;
- Deve ser solicitado para todas as gestantes na 1ª consulta do pré-natal;
- Coletar o exame após um período de jejum de 8 a 12 horas;
- Registrar os resultados dos exames no prontuário e na carteira da gestante;
- Manejo conforme recomendação a seguir:

<b>Glicemia de jejum</b> Realizar preferencialmente antes da 20ª semana de gestação.	
<b>Glicemia de jejum</b> <b>&lt; 92 mg/dL</b>	Normal. Realizar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), preferencialmente entre a 24ª e 28ª semana de gestação.
<b>Glicemia de jejum</b> <b>entre 92 a 125 mg/dL</b>	Repetir a glicemia de jejum. Persistindo entre esses valores considerar como diabetes <i>mellitus</i> gestacional.
<b>Glicemia de jejum</b> <b>≥ 126 mg/dL</b>	Repetir a glicemia de jejum. Persistindo a elevação considerar como diabetes <i>mellitus</i> .

Fonte: Adaptado do Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Gestacional no Brasil, OPAS/MS, 2017.





## Teste oral de tolerância à glicose (TOTG):

- A gestante deve estar em jejum há 8 horas na realização do exame. A ingestão de água é permitida;
- Nos três dias que antecedem o exame, a gestante deve seguir sua dieta habitual, sem restrição de açúcar;
- Atividade física habitual. Durante a realização do teste orientar para que a gestante não fume ou realize caminhada;
- 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 (possibilidade de falsos resultados);
- Medicções ou intercorrências podem alterar o teste:
  - Aguardar 3 dias após o término de tratamentos temporários (medicções). Não interromper a administração de medicamentos de uso contínuo;
  - Em caso de vômitos, antes de coletar as outras amostras, interromper o exame e agendar nova data para o exame;
- Agendar retorno 7 dias após a coleta para avaliação do resultado do exame;
- Registrar os resultados dos exames no prontuário e na carteira da gestante.

Não realizar TOTG em gestantes com histórico de cirurgia bariátrica pelo risco de desencadear síndrome de *dumping*. Nestes casos, proceder o acompanhamento gestacional com glicemia de jejum.

### Teste de tolerância à glicose- TOTG

**Realização de 3 coletas - 75 g de glicose  
Preferencialmente entre a 24<sup>a</sup> e a 28<sup>a</sup> semana de gestação**

<b>Normal</b>	Jejum - Menor que 92mg/dL 1 <sup>a</sup> hora - Menor que 180mg/dL 2 <sup>a</sup> hora - Menor que 153mg/dL
<b>Diabetes <i>mellitus</i> gestacional</b>	Ao menos um valor de: Jejum: 92mg/ dL a 125mg/dL 1 <sup>a</sup> hora ≥ 180 mg/dL 2 <sup>a</sup> hora: 153 a 199 mg/dL
<b>Diabetes <i>mellitus</i></b>	Ao menos um valor de: Jejum: ≥ 126 mg/dL 2 <sup>a</sup> hora ≥ 200 mg/dL

Fonte: Baseado no Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Gestacional no Brasil, OPAS/MS, 2017.

## 2.2.2 Estratificação do risco gestacional

### Risco Intermediário Alto

Diabetes *mellitus* gestacional: não insulino dependente, com controle glicêmico adequado, sem comorbidades associadas.

### Alto Risco

- Diabetes *mellitus* gestacional: sem controle glicêmico adequado e/ou na presença de comorbidades associadas.
- Diabetes *mellitus*.

**Fluxograma de encaminhamento:** em ambas situações acima descritas, a UBS deve encaminhar a gestante para avaliação do risco gestacional. Há o suporte dos matriciadores do Centro de Especialidade Mãe Curitibana + NASF GO às equipes de saúde. Nas situações de alto risco, alterar a vinculação da maternidade de referência.

## 2.2.3 Monitoramento do diabetes

- Deve ser individualizado para todas as gestantes diabéticas;
- Realizado pela gestante através das glicemias capilares.

Glicemia capilar*		
Controle glicêmico	Resultado	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.

Fonte: baseado no Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes, American Diabetes Association, 2018.

### Recomendações:

Adaptado do Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. MS, 2016.

- A grande maioria do DMG responde bem ao controle alimentar, seguindo as recomendações de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com

suspensão do fumo. As atividades físicas poderão ser mantidas durante a gravidez, porém com intensidade moderada, desde que não haja contraindicações obstétricas;

- Algumas gestantes necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária, caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG;
- O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais;
- Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa, com uso de fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado – método ideal de controle.

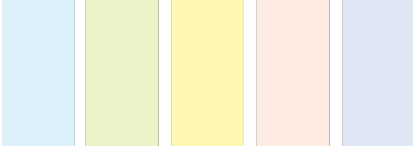
### Compete à UBS:

- Seguir as recomendações descritas na estratificação do risco gestacional;
- Fornecer glicosímetro, após assinatura do termo de recebimento e devolução;
- Monitorar a adesão ao tratamento e ao controle glicêmico, através das glicemias capilares;
- Realizar orientações nutricionais;
- Fazer busca ativa das gestantes que não estiverem participando das consultas de pré-natal de alto risco;
- Registrar informações dos exames, tratamentos e intercorrências no prontuário e na carteira de pré-natal.

### 2.2.4 Orientações nutricionais

Além das recomendações descritas no capítulo de Orientação alimentar, na página 40, seguem informações complementares que visam auxiliar o controle de diabetes nas gestantes:

- Evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó, balas, entre outros. Eventualmente, na opção por consumi-los, dar preferência àqueles sem açúcar, como *diet* ou zero. Mas é importante lembrar que a base de uma alimentação saudável é isenta de alimentos ultraprocessados:
  - Alimento *diet*: é o alimento modificado em que um ingrediente é retirado do produto. Os produtos *diet* isentos de sacarose podem ser bastante calóricos, além de conter gordura trans ou saturada como, por exemplo, os chocolates, sorvetes e biscoitos. Os refrigerantes, sucos e gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero, mas contêm uma grande quantidade de sódio. Nos rótulos, para pessoas com diabetes, é importante observar se vem escrito “isentos de açúcar” ou “indicados para diabéticos”;
  - Alimento *light*: é o alimento que apresenta redução de pelo menos 25% da quantidade de determinada substância (sal, açúcar, gordura, colesterol). Os produtos *light*, de valor calórico reduzido em relação aos alimentos convencionais, podem conter açúcar. Nem sempre é indicado para o diabético.
- Devem ser evitados os carboidratos simples como açúcar, açúcar mascavo, mel e melado ou substituídos por adoçantes não calóricos, os quais devem ser usados com moderação;



Obs.: Embora, segundo a Academia Americana de Pediatria e o FDA, o consumo de adoçantes seja permitido na gestação, existem níveis considerados seguros e que não devem ser extrapolados para cada um deles, o que é chamado de ingesta diária aceitável (IDA): aspartame – 50 mg/kg/dia; sacarina e sucralose – 5 mg/kg/dia; acessulfame – 15 mg/kg/dia; e steviosídeo – 4 mg/kg/dia. Por causa de dúvidas na literatura quanto ao potencial oncogênico da sacarina e dos efeitos deletérios do metanol vindo do aspartame, a preferência é que as pessoas diabéticas utilizem sucralose ou steviosídeo (Manual de Assistência Pré-natal, Febrasgo, 2014).

- Evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, mandioca, batata e farinhas, preferindo os integrais. Evitar esses alimentos na mesma refeição, mas se a opção for por consumi-los, as quantidades devem ser reduzidas;
- Preferir consumir a fruta, preferencialmente com casca ou bagaço, ao invés de beber o suco de fruta natural, que é mais calórico e contém menor teor de fibras;
- Ler os rótulos dos alimentos e evitar aqueles com alto teor de açúcar (sacarose, xarope de glucose e glicose, xarope de milho, açúcar invertido, etc.). Também atentar-se aos alimentos ricos em gorduras e sódio;
- O termo “fibra alimentar” refere-se às partes dos alimentos vegetais que resistem à digestão. As principais fontes de fibras são os alimentos vegetais como grãos, tubérculos e raízes, as frutas, legumes e verduras, leguminosas e outros vegetais. Nenhum alimento de origem animal contém fibra alimentar. O consumo de fibras solúveis (aveia, feijão, mandioca, por exemplo) está associado à melhoria do controle glicêmico e à diminuição da concentração de lipídios no plasma em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. As fibras insolúveis promovem retardamento do esvaziamento gástrico, o que prolonga a saciedade e produz efeito positivo na redução da ingestão calórica. As fibras alimentares também estão relacionadas à melhoria do trânsito intestinal, mas seu consumo não deve exceder a recomendação, já que a fibra interfere na biodisponibilidade de minerais.

## 2.3 Distúrbios hipertensivos da gestação

A hipertensão arterial acomete 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. A gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão pré-existente.

Define-se como hipertensão arterial a presença de pressão arterial (PA) sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 90$  mmHg. A medida deve ser feita com a paciente sentada e repetida em um ou dois intervalos de cinco minutos (Febrasgo, 2017).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais. Os objetivos do manejo da hipertensão arterial na gravidez são: proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral; minimizar a prematuridade; manter uma perfusão útero-placentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal (MS, 2013).

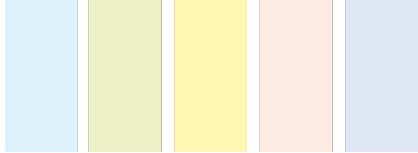
### 2.3.1 Classificação dos estados hipertensivos na gestação

A hipertensão arterial sistêmica na gestação é classificada nas seguintes categorias,

adotada pela *International Society for the Study in Hypertension and Pregnancy*, segundo a Série, Orientações e Recomendações “Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos”, FEBRASGO, 2017:

- 1) **Hipertensão crônica:** considera-se quando a hipertensão é constatada no 1º trimestre da gestação ou, no máximo, até a 20ª semana. Frequentemente associada ao histórico familiar de hipertensão, acompanhada de sobrepeso ou obesidade. Mais raramente pode haver hipertensão secundária, em geral devido à presença de doença renal;
- 2) **Hipertensão gestacional:** é a hipertensão arterial que surge pela primeira vez após a 20ª semana de gestação, sem estar acompanhada de nenhum sinal, sintoma ou alteração laboratorial que caracterize a pré-eclâmpsia;
- 3) **Pré-eclâmpsia com ou sem hipertensão crônica sobreposta-** considerações:
  - **Pré-eclâmpsia (PE):** aparecimento de hipertensão associada à proteinúria, após a 20ª semana de gestação, em gestantes previamente normotensas. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios de diagnósticos, embora frequentemente presente. Considerando o conceito atual, na ausência de proteinúria, o diagnóstico de PE pode ser baseado na presença de cefaleia, turvação visual, dor abdominal ou exames laboratoriais alterados como plaquetopenia (menos que 100.000/mm<sup>3</sup>), elevação das enzimas hepáticas (o dobro do basal), comprometimento renal (acima de 1,1 mg/dl ou o dobro do basal) ou ainda edema pulmonar e distúrbios visuais ou cerebrais, como cefaleia, escotomas;
  - **Eclâmpsia:** corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas podendo ocorrer no período de pré-parto (50%), durante o parto (20%) e no período pós-parto (11%-44%);
  - **Síndrome HELLP:** o acrônimo HELLP significa hemólise, aumento de enzimas hepáticas (*elevated liver enzymes*) e plaquetopenia (*low platelets*). Pode ser considerada como comprometimento hepato-hematológico da pré-eclâmpsia. A síndrome HELLP desenvolve-se em 0,1 a 0,8 de todas as gestações e 10% a 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia, com altos índices de morbiletalidade materno-fetal. Na sintomatologia pode-se ter mal-estar, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, perda de apetite e cefaleia. A confirmação diagnóstica é laboratorial com plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600U/l), bilirrubina total > 1,2mg/dl, TGO > 70U/l. As gestantes com este quadro devem ser encaminhadas para avaliação da urgência obstétrica.
  - **Hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia sobreposta:** hipertensão arterial pré-existente à gestação ou identificada antes da 20ª semana, com agravamento do nível basal da pressão arterial e o surgimento de proteinúria. Considera-se para o diagnóstico um dos critérios a seguir:
    - a) Proteinúria significativa (relação P/C > 0,3; > 1,0 g/l em fita reagente);
    - b) Disfunções orgânicas maternas:
      - Perda de função renal (creatinina > 1,1 mg/dl);
      - Disfunção hepática: aumento das transaminases > 2 vezes o limite superior normal; epigastralgia;
      - Complicações neurológicas: estado mental alterado, cegueira,



- 
- escotomas, turvamento visual, diplopia e outras;
  - Complicações hematológicas: plaquetopenia, hemólise e estado de antiangiogênese.
- c) Disfunção uteroplacentária: CIUR assimétrico; *Doppler* alterado nas artérias uterinas maternas e umbilical.

- 4) **Hipertensão do avental branco:** cerca de 25% das pessoas que apresentam medidas aumentadas de PA nas consultas tem hipertensão do avental branco. O diagnóstico pode ser confirmado por medidas seriadas ou por monitorização ambulatorial da PA. Há poucos estudos sobre a repercussão destes tipos de distúrbios na gestação, alguns apontando que em até 50% destes casos haja evolução para hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia.

### 2.3.2 Manejo da hipertensão crônica

#### Compete à UBS:

- Identificar toda gestante com hipertensão crônica;
- Alterar vinculação para maternidade conforme a estratificação do risco;
- Monitorar semanalmente a pressão arterial de todas as gestantes com distúrbios hipertensivos que foram encaminhadas ao serviço de referência de alto risco ou retornaram para o acompanhamento na UBS;
- Fazer busca ativa das gestantes faltosas às consultas;
- Proceder a estratificação do risco e encaminhar para avaliação do risco gestacional (apoio dos matriciadores do NASF GO):
  - Se Hipertensão arterial crônica medicada, com níveis pressóricos controlados, até 140/90, sem comorbidades associadas - classificar como RISCO INTERMEDIÁRIO ALTO;
  - Se Hipertensão arterial crônica, com comorbidades associadas, complicadas e/ou de difícil controle - classificar como ALTO RISCO GESTACIONAL.
- As consultas de pré-natal devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e, após este período, semanais até o parto (MS, 2016);
- Medicação: de preferência Metildopa 750 a 2.000 mg/dia (comp. 250 mg), com intervalo de 8h/8h ou 12h/12h.  
Obs.: Os inibidores de ECA (como captopril e enalapril) e antagonistas da angiotensina II (como losartana) são contraindicados na gestação pelos efeitos danosos ao feto, devendo, portanto, ser substituídos.

### 2.3.3 Orientação alimentar

Além das recomendações constantes no capítulo de Orientação alimentar, descritas na página 40, da Assistência ao pré-natal, seguem informações complementares que visam auxiliar o controle da PA. O aumento do consumo de sódio está relacionado ao aumento da pressão arterial. Uma das principais fontes de sódio é o sal de cozinha.

#### Recomenda-se:

- Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa;
- Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 gramas/dia.  
2 gramas de sódio = 5 gramas de sal = 1 colher de chá rasa.

**Importante:** nessa quantidade recomendada de sódio ao dia, deve ser considerado também o sódio existente nos alimentos. O sódio está presente em excesso nos alimentos processados e ultraprocessados.

### **Alimentos e produtos processados e ultraprocessados com alto teor de sódio:**

- Temperos industrializados como misturas prontas de sal e alho e temperos prontos para macarrão, carnes entre outros; caldos e extratos de carne, galinha, bacon ou legumes concentrados;
- Maionese, mostarda, *ketchup*, molho de soja tipo *shoyu*, molho inglês, molhos prontos para salada, extratos e molhos de tomates concentrados;
- Realçadores de sabor e amaciantes de carne;
- Carnes processadas como salsicha, mortadela, bacon, linguiça, presunto, apresuntado, salame, paio, charque, carne de sol, chouriço;
- Peixes enlatados e salgados como sardinha, atum, bacalhau;
- Aves processadas tipo *nuggets* e empanados à milanesa;
- Sopas desidratadas e enlatadas;
- Patês industrializados de fígado, presunto, atum;
- Chucrute e vegetais enlatados como ervilha, milho, palmito, picles, azeitonas;
- Bolacha água e sal;
- Bicarbonato de sódio, glutamato monossódico;
- Salgadinhos industrializados (tipo *chips*, amendoim) e salgadinhos fritos como coxinha, quibe, pastel;
- Adoçantes como sacarina e ciclamato;
- Bolos, tortas e biscoitos recheados e outros produtos de panificação;
- Margarina ou manteiga com sal;
- Queijos tipo parmesão, provolone.

As ervas e as especiarias são ótimas para realçar o sabor dos alimentos e substituir o sal das preparações, assim como o suco de limão, o vinagre, a cebola, o alho, o pimentão, a pimenta e outros.

### **Sugestões de onde utilizar ervas e especiarias:**

- Feijão: manjericão, mostarda seca, salsinha, pimenta, alecrim, sálvia, louro;
- Carne bovina: páprica, salsinha, cebolinha, pimenta, alecrim, tomilho, sálvia, estragão, cominho, manjericão, orégano, louro;
- Aves: gengibre, cebolinha, salsinha, louro, manjerona, pimenta, alecrim, sálvia, tomilho;
- Peixe: alecrim, sálvia, gergelim, manjericão, louro, cravo-da-índia, cominho, noz moscada, orégano, salsinha, cebolinha, pimenta;
- Vegetais cozidos: sálvia, tomilho, louro, cravo-da-índia, cominho, gengibre, manjericão, noz moscada, orégano, salsinha, cebolinha, pimenta, colorau, alecrim;
- Saladas: mostarda seca, manjericão, salsinha, cebolinha, pimenta, orégano.





### 2.3.4 Manejo na hipertensão gestacional

#### **Compete à UBS**

- Identificar toda gestante com episódio hipertensivo;
- Referenciar para o alto risco gestacional;
- Alterar vinculação para maternidade de alto risco;
- Monitorar semanalmente a pressão arterial de todas as gestantes com distúrbios hipertensivos que foram encaminhadas ao serviço de referência de alto risco ou retornaram para o acompanhamento na UBS;
- Detectar todas as gestantes com sintomatologia de pré-eclâmpsia;
- Fazer busca ativa das gestantes faltosas às consultas;
- Observar os sinais sugestivos de pré-eclâmpsia e Síndrome HELLP, encaminhando-as imediatamente para a referência hospitalar de alto risco:
  - Na pré-eclâmpsia: encaminhar com urgência à maternidade para avaliação materno-fetal e, depois, se ela não permanecer internada, encaminhar para avaliação do risco gestacional (apoio dos matriciadores do NASF GO);
  - Na eclâmpsia: deve ser transferida para a urgência obstétrica da maternidade.

#### **Sinais de alerta** (MS, 2016):

- Cefaleia;
- Escotomas Visuais;
- Epigastralgia;
- Edema excessivo;
- Epistaxe;
- Gengivorragia;
- Reflexos tendíneos aumentados;
- PA > 160/110mmhg.

#### **Sinais e sintomas de eclâmpsia iminente** (FEBRASGO, 2011):

- Distúrbios do sistema nervoso central: cefaleia frontal/occipital, tontura, obnubilação, confusão mental e perda da consciência;
- Visuais: escotomas, visão embaçada, diplopia e até amaurose;
- Gástricos: náuseas, vômitos, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito.

## 2.4 Tireoidopatias

Algumas gestações podem cursar com patologias tireoidianas, aumentando o risco de aborto e mortalidade perinatal (MS, 2012).

A solicitação do TSH está implantada, como rotina, na consulta de vinculação do pré-natal, para todas as gestantes.

A pesquisa de doenças da tireoide no pré-natal justifica-se por acometerem mulheres em sua fase reprodutiva. Seu diagnóstico pode ser difícil, já que os sinais e sintomas, tais como fadiga, sonolência, obstipação e câimbras podem ser confundidos com a própria gravidez, principalmente no caso do hipotireoidismo (FEBRASGO, 2014).

### 2.4.1 Hipotireoidismo materno

A prevalência do hipotireoidismo na gestação é variável, de 0,9 a 3% (FEBRASGO, 2011). O hipotireoidismo não tratado ou inadequadamente tratado tem sido correlacionado com maior risco de abortamento, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e natimortalidade.

#### Diagnóstico:

A dosagem do TSH é mais sensível do que o T4 livre para detectar o hipotireoidismo. Se o TSH estiver alterado recomenda-se dosar o T4 livre.

**O tratamento para o hipotireoidismo é recomendado quando os níveis de TSH são: >2.5 IU/L no 1º trimestre e >3,0 IU/L no 2º e 3º trimestre da gestação** (Thyroid Diseases in Pregnancy, Figo).

Hipotireoidismo		
Diagnóstico	Orientações medicamentosas	Manejo
<b>Hipotireoidismo com diagnóstico prévio à gestação</b>	Recomenda-se aumento na dosagem de reposição da levotiroxina de 25% a 50% após diagnóstico de gestação, dependendo da etiologia do hipotireoidismo e dos níveis de TSH.	Avaliar TSH na primeira consulta pré-natal. O objetivo do tratamento é obter o eutireoidismo clínico e laboratorial. Recomenda-se monitorar o TSH, dosando a cada 4/6 semanas. Ajuste de doses em incrementos de 25–50mcg.
<b>No Hipotireoidismo franco (sintomático) diagnosticado na gestação</b>	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 2 mcg/Kg/dia.	O objetivo é manter o TSH entre 0,4-2.5 mU/l. Recomenda-se que a levotiroxina seja ingerida em jejum, com água, pelo menos de 30 a 60 minutos antes do café da manhã, e com quatro horas de intervalo com os medicamentos que interfiram na sua absorção, tais como: ferro, cálcio, alumínio ou produtos derivados de soja.
<b>No hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação</b>	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 1.20 mcg/kg/dia.	



### **Estratificação de risco:**

- Hipotireoidismo sem comorbidades associadas: risco intermediário médio;
- Hipotireoidismo com outras comorbidades: risco intermediário alto. Encaminhar para avaliação de risco gestacional através do apoio dos matriciadores do CE Mãe Curitibana + NASF GO.

### **Seguimento no pós-parto**

Recomenda-se reavaliar o TSH em seis a oito semanas após o parto. Nos casos de hipotireoidismo diagnosticados previamente à gestação, recomenda-se o ajuste das doses, conforme os níveis laboratoriais, com possibilidade de redução da dose de levotiroxina aos níveis pré-gestacionais.

Os casos diagnosticados com hipotireoidismo subclínico na gestação devem ter a função tireoidiana verificada em 6 semanas após o parto, podendo até ser interrompido o uso da levotiroxina, conforme a reavaliação de cada caso. Estudos sugerem que a maioria dos casos diagnosticados na gestação são alterações transitórias. Devem ser reavaliadas em 6 meses e 1 ano após o parto para avaliar a necessidade ou não do uso de medicação. Recomenda-se realizar o monitoramento periódico com dosagem do TSH, dado que mudanças de peso e idade podem alterar a função tireoidiana.

O aleitamento materno não está contraindicado para mulheres em tratamento para hipotireoidismo.

## **2.4.2 Hipertireoidismo**

Ocorre em aproximadamente 1,4% das gestações. A Doença de Graves é a causa mais comum durante a gravidez, podendo também ocorrer na doença trofoblástica, no adenoma tóxico e na tireoidite viral.

Associação do hipertireoidismo à gestação pode levar ao abortamento, prematuridade, crescimento intrauterino restrito, pré-eclâmpsia, natimortalidade e falência cardíaca. Mulheres com hipertireoidismo não controlado devem adiar a gravidez até que sua doença esteja sob controle. Os sintomas incluem taquicardia, nervosismo, tremores, intolerância ao calor, perda de peso, bócio, diarreia, palpitações, exoftalmia e hipertensão arterial.

Recomenda-se que quando o nível de TSH esteja baixo, que sejam avaliados os hormônios tireoidianos. O diagnóstico laboratorial se faz pela constatação do TSH baixo e T4 livre elevado (considerando os mesmos valores de referência de adultas não gestantes). No início da gestação, o TSH pode estar baixo pelo aumento da atividade da beta-hCG. Nesta situação, recomenda-se repetir em 3 semanas e persistindo as alterações, encaminhar para a avaliação da gestação de alto risco.

A definição de hipertireoidismo subclínico é baseado exclusivamente em achados laboratoriais, não em critérios clínicos. É definido bioquimicamente pelo nível sérico subnormal de TSH, com níveis normais de T4 livre. Ensaio atuais podem detectar níveis baixos de TSH como 0.01- 0.02 mIU/l. De acordo com a severidade, pode ser dividido em duas categorias: Grau 1: TSH 0.1-0.39 mIU/l; Grau 2: TSH<0.1 mIU/l (*European Thyroid Association, Guidelines on Diagnosis and Treatment of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism, 2015*).

### **Estratificação de risco:**

Todas as gestantes que forem identificadas com hipertireoidismo devem ser encaminhadas para avaliação de referência de gestação alto risco através do apoio dos matriciadores do CE Mãe Curitibana + NASF GO.

## **2.5 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.

### **2.5.1 Abortamento**

É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação ou quando o feto pesar menos de 500g. Pode ser precoce se ocorrer até a 12ª semana e tardio entre 13ª e 22ª semana (MS, 2013).

Considerar clinicamente o atraso menstrual, o sangramento vaginal e a dor em baixo ventre (cólicas no hipogástrio).

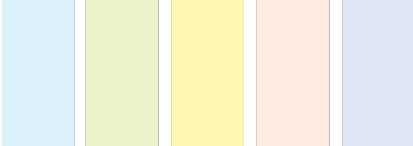
No exame especular, a visualização do sangramento de origem cervical, às vezes, com fragmentos placentários.

Pelo exame do toque é possível avaliar a permeabilidade do colo.

Através do exame ultrassonográfico: no aborto evitável, a presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo; no aborto incompleto, a presença de restos ovulares e no aborto retido a presença de concepto morto ou ausência de saco embrionário.

### **Classificação do abortamento:**

- Ameaça de abortamento ou aborto evitável:
  - Caracteriza-se pela integridade do ovo, útero compatível com a idade gestacional e colo uterino impérvio; sangramento vaginal discreto ou moderado; sem modificação cervical; a sintomatologia é discreta ou ausente;
- Aborto inevitável:
  - Caracteriza-se por perda da integridade do ovo; sangramento moderado a acentuado contendo coágulos e/ou restos ovulares; colo uterino permeável; dor tipo cólica de forte intensidade; redução do volume uterino em relação à idade gestacional;
- Aborto retido:
  - Caracteriza-se pela interrupção da gestação com permanência do produto conceptual na cavidade uterina. Pode ocorrer sangramento discreto, com colo impérvio, regressão dos fenômenos gravídicos e redução do volume uterino em relação à idade gestacional;

- 
- Aborto infectado:
    - Caracteriza-se pelo quadro infeccioso materno, com sangramento e comprometimento variável do estado geral; podendo ocorrer secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação e febre.

### **Manejo na UBS:**

- Encaminhar as gestantes que apresentem sangramento vaginal para avaliação da maternidade de referência;
- Nos casos cuja viabilidade gestacional seja confirmada, monitorar a evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir tanto para uma gestação normal quanto para um abortamento inevitável. Em geral, o repouso no leito é aconselhável, preferencialmente domiciliar. Pode-se utilizar, por tempo limitado, antiespasmódicos como hioscina, 10mg, VO, um comprimido, de 8 em 8 horas. Orientar abstinência sexual;
- Caso haja sangramento vaginal acentuado ou comprometimento do estado geral: recomenda-se fluidoterapia para a estabilização hemodinâmica e encaminhamento para a maternidade de referência.

## **2.5.2 Gravidez ectópica**

É a implantação do óvulo fecundado fora da cavidade uterina. É frequente o histórico de atraso menstrual, teste de gravidez positivo, perda sanguínea uterina, lipotimia e dor pélvica intermitente na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa.

No exame físico: sinais de irritação peritoneal. No toque, o colo amolecido e a presença ou não de aumento uterino. Dor e/ou tumor à palpação de anexos. As repercussões hemodinâmicas são variáveis, desde discretas até quadros graves com choque hipovolêmico.

Na ultrassonografia, após a 5ª semana de gestação, não se encontra a evidência de gravidez tópica. A visualização do saco gestacional e embrião com BCF fora do útero confirma gravidez ectópica.

### **Manejo na UBS:**

- Adotar medidas de suporte (hidratação venosa) e encaminhar com emergência à maternidade de vinculação.

## **2.5.3 Doença trofoblástica gestacional**

Caracteriza-se pela degeneração trofoblástica após uma gestação, tópica ou ectópica. Pode apresentar-se como mola hidatiforme, corioadenoma destruens e coriocarcinoma.

### **Características:**

- Sangramento vaginal intermitente, variável e indolor;
- Eliminação de vesículas (sinal patognomônico);
- A altura uterina ou o volume uterino incompatíveis com a idade gestacional;
- Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas);
- Hiperêmese é mais frequente;
- Hipertensão arterial precoce (pré-eclâmpsia antes da 20ª semana de gestação);

- Dados ultrassonográficos: as imagens típicas são “flocos de neve” no interior do útero.

O diagnóstico é confirmado pelo exame histopatológico do material curetado.

#### **Manejo na UBS:**

- Todos os casos suspeitos devem ser encaminhados ao hospital de referência obstétrica para que se realize a confirmação diagnóstica e o tratamento.
- Para o manejo ambulatorial, no seguimento, encaminhar para:
  - CBO: MEDICO GINECOLOGISTA OBSTETRA.
- Área de atuação: OBSTETRÍCIA - DOENÇA TROFOBLÁSTICA;
  - Encaminhamento com apoio dos matriciadores do NASF GO.

### **2.5.4 Descolamento corioamniótico**

Caracterizada por sangramento vaginal discreto. O exame ultrassonográfico permite a visualização do descolamento corioamniótico. Geralmente apresenta boa evolução obstétrica.

#### **Manejo na UBS:**

- Encaminhar a gestante para avaliação da maternidade de referência. No geral, são instituídas medidas conservadoras como repouso até cessar o sangramento, uso de antiespasmódicos (se necessário) e recomendada a abstinência sexual.

### **2.5.5 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.

#### **Características clínicas:**

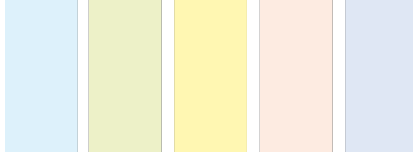
- Sangramento vaginal de início súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável e indolor, no segundo ou terceiro trimestre da gestação;
- Sangramento recorrente e progressivo;
- Volume e tônus uterino normais;
- Apresentação fetal anômala é comum;
- Batimentos cardíacos fetais normais;
- Especular,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

Diagnóstico de certeza pelo exame ultrassonográfico com visualização de placenta em localização baixa. Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo (MS, 2016).

#### **Manejo na UBS:**

- Na presença do diagnóstico ecográfico, encaminhar para avaliação do pré-natal de alto risco;
- Na vigência de sangramento vaginal, encaminhar a gestante imediatamente para a maternidade de referência, com descrição do caso e avaliação clínica.





## 2.5.6 Descolamento prematuro da placenta (DPP)

É o descolamento abrupto da placenta antes do parto. Importante causa de sangramento no 3º trimestre.

### Características clínicas:

- Dor abdominal súbita, de intensidade variável;
- Sangramento vaginal que pode variar de discreto a volumoso. Às vezes, a exteriorização do sangramento é incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque (sangramento oculto);
- Útero hipertônico, doloroso e sensível a palpação;
- Batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes;
- Comprometimento do estado geral materno.

### Principais fatores de risco para o DPP (MS, 2012):

- Hipertensão arterial (50% dos casos);
- Rotura prematura de membranas ovulares;
- Cesariana prévia;
- Tabagismo;
- Idade materna avançada;
- Uso de drogas (álcool, cocaína e crack);
- Condições que causem sobredistensão uterina (polihidrânio e gestação gemelar);
- Trauma (automobilístico e trauma abdominal direto);
- DPP em gestação anterior;
- Amniocentese e cordocentese.

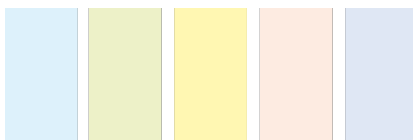
### Manejo na UBS:

Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, para a maternidade de referência. Havendo sangramento vaginal importante ou comprometimento do estado geral, iniciar fluidoterapia para estabilização hemodinâmica.

## 2.6 Prevenção da doença hemolítica perinatal

Esta doença decorre da incompatibilidade sanguínea materno-fetal. Embora não seja exclusiva do sistema Rh, esta forma é responsável por 80% a 90% dos casos.

Em princípio, as células do sangue materno e fetal não se misturam, porém pequenos sangramentos podem ocorrer durante a gestação e permitir o contato. Há uma reação antígeno-anticorpo que promove a ruptura das hemácias fetais levando a diversas manifestações clínicas, como quadro progressivo de anemia e hipóxia, com repercussões graves e variadas sobre a vitalidade fetal. O feto inicia, então, uma eritropoese compensatória liberando na circulação eritroblastos jovens e imaturos, até cursar com hepatoesplenomegalia. Com a progressão do quadro, pode ocorrer a hidropisia fetal, hipertensão portal, hipoproteinemia, insuficiência cardíaca congestiva, anóxia e óbito fetal.





A presença de anticorpos irregulares (P.A.I.) maternos anti-RhD D no sangue materno é identificada pelo teste indireto de antiglobulina humana – TIA (Coombs indireto) e no sangue do recém-nascido é identificada pelo teste de Coombs direto.

### 2.6.1 Cuidados na assistência ao pré-natal na UBS

- Investigar o Grupo Sanguíneo e o Fator Rh (D) de todas as gestantes inscritas no programa de pré-natal;
- Para as gestantes com Fator RhD negativo, investigar o Fator RhD paterno;
- Se o fator RhD paterno for positivo ou desconhecido, proceder ao Teste indireto de antiglobulina humana – TIA (Coombs indireto), no início do pré-natal;
- Registrar no prontuário eletrônico e na carteira de pré-natal os resultados dos exames e as intercorrências. Realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Proceder conforme o resultado:

#### **Resultado de TIA (Coombs indireto) negativo:**

- Solicitar o TIA (Coombs indireto) de controle, na 24<sup>a</sup> semana de gestação, em gestantes com fator Rh negativo, não isoimunizadas e que não tenham recebido a imunoglobulina anti-Rh(D). Recomenda-se repetir o exame previamente à realização da imunoglobulina;
- Administrar imunoglobulina anti-RhD entre 28<sup>a</sup> e 34<sup>a</sup> semana de gestação para toda a gestante RhD negativo, com teste de Coombs indireto negativo e parceiro RhD positivo ou desconhecido. Registrar a data da administração no prontuário e na carteira de pré-natal;
- O TIA (Coombs indireto) não deve ser solicitado após a administração da imunoglobulina anti-RhD uma vez que, após a administração da Ig anti-D, o teste será positivo, perdendo o valor (Febrasgo, 2014);
- Não administrar imunoglobulina anti-RhD após a 34<sup>a</sup> semana de gestação, pois se houver a ocorrência do parto logo em seguida, o recém-nascido poderá desenvolver icterícia neonatal.

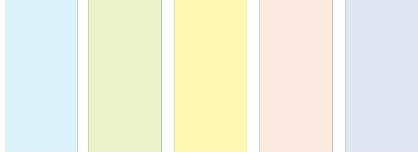
#### **Resultado de TIA (Coombs indireto) positivo:**

- Encaminhar as gestantes que apresentarem o TIA (Coombs indireto) positivo para a avaliação do pré-natal de alto risco.

### 2.6.2 Orientações na administração da imunoglobulina anti-D

#### **Indicações para prevenção:**

- Utilizada para a prevenção da sensibilização da gestante com fator Rh negativo, TIA (Coombs indireto) negativo, com parceria sexual Rh (+) ou fator Rh desconhecido;
- Administração entre a 28<sup>a</sup> e 34<sup>a</sup> semana de gravidez;
- Nas síndromes hemorrágicas como: abortamento, gestação ectópica, gestação molar, placenta de inserção baixa, descolamento prematuro de placenta, sangramentos inexplicados, etc.;

- 
- Após procedimentos invasivos como amniocentese, cordocentese e biópsia de vilo corial;
  - Após o parto, se o RN for Rh positivo, com Coombs direto negativo;
  - Gestantes, com fator Rh negativo, submetidas à laqueadura tubária também deverão receber imunoglobulina anti-D.

### **Administração no período de pós-parto:**

De modo geral, todas as mulheres com Rh negativo não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) devem receber imunoglobulina anti-D nas primeiras 72 horas após o parto de um recém-nascido com Rh positivo e Coombs direto negativo ou na presença de um evento obstétrico, já mencionado anteriormente (MS, 2013).

Obs.: casos em que a prevenção não tenha sido realizada dentro das 72 horas do evento potencialmente sensibilizante, é ainda aceitável administrar dentro dos 13 dias. Em casos especiais, até no máximo 28 dias do pós-parto (MS, 2012).

## **2.7 Trabalho de parto prematuro**

A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade perinatal. O trabalho de parto prematuro (TPP) é definido quando se identificarem contrações uterinas regulares, entre 22 e 37 semanas, com intervalo de 5 a 8 minutos, com modificação e dilatação cervical  $\geq$  a 2 cm (MS, 2013).

O diagnóstico é eminentemente clínico. 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.

### **2.7.1 Fatores de risco**

Os fatores de risco para TPP devem ser investigados na consulta pré-concepcional e nas consultas de pré-natal. A etiologia é multifatorial, frequentemente associado ao histórico de prematuridade, as infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana. Também pode estar relacionado à rotura prematura de membranas, crescimento intrauterino restrito, polidrâmnio, descolamento de placenta, multiparidade, anomalias congênitas, gestação múltipla, anomalias uterinas, desnutrição, tabagismo, drogas, alcoolismo, situações de alto estresse, infecções maternas sistêmicas e locais, entre outros.

### **2.7.2 Assistência ao pré-natal na UBS**

- Proceder à rotina de exames laboratoriais preconizados do pré-natal, para a detecção precoce dos fatores de risco, instituindo tratamentos e encaminhamentos, conforme a necessidade de cada caso;
- Rastreamento, diagnóstico e monitoramento da gestante com risco para TPP no pré-natal. Pesquisar os fatores de risco na gestação atual ou anterior, bem como a presença de doenças como a hipertensão e o diabetes;
- Avaliação materno-fetal buscando identificar os sinais de trabalho de parto

premature, de rotura de membranas e infecção materna, através das avaliações da altura uterina, da presença de contrações, dilatação cervical, pressão arterial, temperatura e batimentos cardíacos;

- Confirmação da idade gestacional: através dos dados da última menstruação e da ecografia previamente realizada;
- Realização dos exames especulares, conforme a periodicidade recomendada na gestação e todas as vezes que se fizer necessário, avaliando as queixas de perda de líquido, sangue e leucorréia, instituindo o tratamento, quando necessário, conforme recomendado;
- Fazer o monitoramento após o tratamento da infecção urinária;
- Toda gestante, com clínica de trabalho de parto prematuro e/ou rotura prematura de membranas, deve ser encaminhada à maternidade de referência, para confirmação diagnóstica e manejo do caso;
- Após a alta hospitalar, fazer busca ativa e monitoramento de toda gestante que esteve internada por TPP.

### 2.7.3 Compete ao hospital de referência

- Avaliar a gestante e as informações descritas na carteira do pré-natal;
- Solicitar exames complementares para investigação de infecção materna;
- Realizar ecografia obstétrica;
- 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 hospitalar, registrar na carteira da gestante as informações pertinentes ao caso, tais como os resultados dos exames, a terapêutica e os procedimentos realizados;
- Encaminhar a gestante à UBS, após a alta hospitalar.

## 2.8 Infecção do trato urinário na gestação

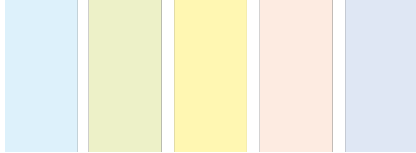
Representa a complicação clínica mais frequente, ocorrendo em 17% a 20% das gestações. Associada ao aborto, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer, infecção neonatal, além de ser importante causa de septicemia na gestação.

O microrganismo mais frequente é a *Escherichia coli*. O quadro clínico é variável, desde bacteriúria assintomática, que acomete de 2% a 10% das gestantes, até a pielonefrite.

Considera-se infecção urinária (ITU) de repetição a presença de dois ou mais episódios de ITU em seis meses ou três ou mais episódios ao ano, após o tratamento com cura de cada um dos episódios.

### 2.8.1 Bacteriúria assintomática

Caracteriza-se pela presença na urocultura de  $\geq 100.000$  colônias/ml, de um único germe, sem sintomatologia clínica. Toda gestante com evidência de bacteriúria assintomática deve ser tratada (MS, 2013). O tratamento a ser instituído é semelhante ao da



cistite, seguindo as recomendações de sensibilidade do antibiograma. Após 7 dias do término do tratamento, solicitar a urocultura de controle.

Caso a urocultura apresente crescimento de colônias  $< 10^5$  ou desenvolvimento polimicrobiano, deve-se repetir a urocultura uma semana após e investigar a presença de infecções vaginais. Se persistir as alterações no exame urinário, monitorar com urocultura mensal, até a definição do caso.

## 2.8.2 Cistite

Se diferencia da bacteriúria assintomática por apresentar sintomas como disúria, poliúria, urgência miccional, dor retropúbica e abdominal. Normalmente, sem evidência de sintomatologia sistêmica e afebril. Vaginites e inflamações periuretrais podem dar sintomas de cistite (Febrasgo, 2017).

A presença da leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria são comuns. A urocultura apresenta mais de 100 mil colônias por ml.

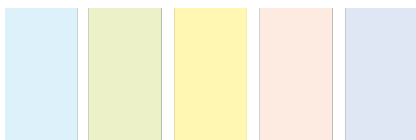
Importante ressaltar que a paciente sintomática deve ser tratada imediatamente, mesmo sem o resultado da urocultura. Em geral, o tratamento é iniciado antes que o resultado da cultura esteja disponível. O tratamento poderá ser reajustado de acordo com a sensibilidade do antibiograma.

### Tratamento da infecção urinária na gestação

Antibiótico	Orientações medicamentosas
<b>Cefalexina</b>	500 mg, VO, 6/6 horas, duração de 7 a 10 dias
<b>Amoxicilina*</b>	500 mg, VO, 8/8 horas, duração de 7 a 10 dias
<b>Nitrofurantoína**</b>	100 mg, VO, 6/6 horas, duração de 7 a 10 dias
<b>Fosfomicina Trometamol***</b>	3g, dose única, em jejum, apresentação em pó, diluída em água

Fonte: Adaptado do Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, MS e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

- \* Na eventualidade da paciente apresentar infecção urinária pelo *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico do grupo B (*S. agalactiae*), a infecção deve ser tratada por dez dias. A presença deste microrganismo deve ser registrada na carteira de pré-natal para que possa ser realizada a profilaxia anteparto da sepse neonatal. Não utilizar nos casos de comprovada alergia medicamentosa.
- \*\* Nitrofurantoína - não usar após a 36ª semana de gestação e durante a lactação. Há risco do RN desenvolver anemia hemolítica. Não usar se o agente infeccioso for *Proteus sp*, pelo alto índice de resistência.
- \*\*\* Medicação ativa contra enterobactérias e enterococos, empregada em dose única.



Um curso de 7 a 10 dias de antibióticoterapia geralmente é suficiente para erradicar a infecção. Recomenda-se este período de tratamento para evitar o risco de recorrência.

Sulfonamidas ou associação entre sulfametoxazol e trimetropina devem ser evitadas no 1º trimestre pela ação teratogênica da trimetropina e no 3º trimestre pois pode causar kernicterus no RN.

Quinolonas e tetraciclina não devem ser prescritos na gestação devido à toxicidade fetal.

**Recomendações para a utilização da Fosfomicina Trometamol** (segundo ANVISA): cada envelope contém: fosfomicina trometamol (equivalente a 3g de fosfomicina).....5,631 g. Orientar a gestante a:

- Dissolver o envelope em 1/2 copo d'água potável (50 a 75 mL), mexendo com o auxílio de uma colher;
- A solução deve ser ingerida de estômago vazio imediatamente após o preparo. A ingestão com alimentos pode retardar a absorção do medicamento. Não guardar a solução para uso posterior, nem mesmo em geladeira;
- Tomar preferencialmente à noite, antes de deitar, após ter esvaziado a bexiga.

### 2.8.3 Pielonefrite

Caracteriza-se pelo comprometimento do estado geral, como febre, calafrios, náuseas, vômitos, dor lombar alta (sinal de Giordano +). Geralmente precedida por disúria. Doença grave que pode estar associada à desidratação, comprometimento da função renal, choque séptico, trabalho de parto prematuro e infecção feto-anexial e puerperal (MS, 2012).

Na pielonefrite, em qualquer fase da gestação, a conduta é internamento hospitalar. Referenciar a gestante para a maternidade de vinculação.

### 2.8.4 Controle de cura e quimioprofilaxia

#### **Controle de cura:**

Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar a urocultura para controle de cura, 7 dias após o término do tratamento.

#### **Quimioprofilaxia:**

Se houver mais de dois episódios de infecção urinária na gestação, associados a um fator de risco como litíase, malformação do trato urinário ou dilatação pielocalicial, recomenda-se a quimioprofilaxia, uma vez ao dia, durante a gravidez. Inicia-se a quimioprofilaxia após o término do tratamento, com urocultura negativa.

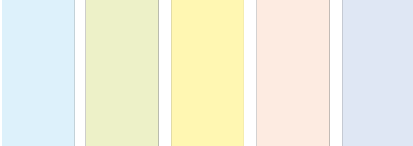
Pode ser realizada com:

- Cefalexina 500 mg/dia, VO, 1 cp ao dia ou
- Amoxicilina 500 mg/dia, VO, 1 cp ao dia ou
- Nitrofurantoína 100 mg/dia, VO, 1 cp ao dia (até a 36ª semana de gestação).

### 2.8.5 Competência da UBS:

- Realizar exame parcial de urina e urocultura para todas as gestantes inscritas no Programa, no 1º, 2º e 3º trimestre da gestação;
- Investigar toda queixa urinária, instituindo o tratamento para os casos necessários;



- 
- Realizar urocultura 7 dias após o término do tratamento, para controle de cura;
  - Descartar a infecção genital (exame especular) associada à infecção urinária;
  - Monitorar os resultados dos exames do pré-natal, em até 7 dias, da disponibilização no sistema, bem como do tratamento e do exame de controle de cura da gestante com ITU. A finalidade é instituir condutas adequadas a cada caso, o mais breve possível, seguindo as recomendações deste protocolo;
  - Encaminhar as gestantes com ITU de repetição, com comorbidades associadas ou que tiveram pielonefrite, nesta gestação, para obstetrícia de risco;
  - Realizar busca ativa às gestantes que estiveram internadas por TPP ou ITU;
  - Realizar orientações quanto aos cuidados na coleta da urina para que a amostra seja a mais adequada possível, evitando as contaminações;
  - Registrar no prontuário eletrônico da paciente e na carteira de pré-natal, o diagnóstico, o tratamento instituído e os resultados dos exames.

## 2.9 Investigação e manejo do Estreptococo $\beta$ Hemolítico do Grupo B na gestação

O estreptococo do grupo B (GBS) pode colonizar, assintomaticamente, o trato gastrointestinal, a vagina e a uretra. Na gestação pode causar infecção urinária, abortamento, prematuridade, corioamnionite e endometrite puerperal.

A coleta para cultura de estreptococo do grupo B é recomendada para todas as gestantes, entre a 35ª e 37ª semana de gestação, para determinar a colonização. O método de rastreamento é através da cultura de secreção vaginal e retal, por *SWAB*, para GBS (CDC e Febrasgo, 2016).

Uma cultura positiva significa que a gestante é portadora de GBS e não que ela ou seu concepto ficarão doentes. 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. 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. 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. A única exceção para iniciar o tratamento durante a gestação é a infecção urinária. Neste caso, a mãe deve ser tratada no momento do diagnóstico (Febrasgo, 2010).

Apenas 1:2000 recém-nascidos têm a infecção pelo estreptococo do grupo B, geralmente evidenciada como doença respiratória, sepsis ou meningite na primeira semana de vida. A infecção é transmitida pela mãe durante a passagem pelo canal de parto. A literatura aponta que a colonização neonatal por estreptococo do grupo B ocorre em metade das mães portadoras, mas só 2% terão quadros infecciosos graves (Atenção ao pré-natal de baixo risco, MS, 2012).

### Competência da UBS:

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

- Realizar a pesquisa para GBS entre a 35ª e 37ª semana de gestação, através da cultura de secreção vaginal e retal, por SWAB;
- Registrar no prontuário e na carteira da gestante a ocorrência de fatores de risco e/ou qualquer infecção por GBS durante o pré-natal, para que o hospital possa fazer a profilaxia para o RN adequadamente.

## 2.10 Cardiopatia congênita

As cardiopatias congênitas são a 3ª maior causa de mortalidade neonatal no Brasil. São anomalias causadas por defeitos anatômicos do coração ou dos grandes vasos associados (MS, 2017). No Brasil, 28,9 mil crianças nascem com cardiopatia congênita por ano (1% do total). Espera-se que 80% (23,8 mil) precisem ser operadas, sendo metade no 1º ano de vida. Em 20% dos casos a regressão da doença é espontânea. Em Curitiba, em 2015, as malformações cardíacas corresponderam a 8% das causas de mortalidade em crianças < 1 ano (Fonte: SIM/Centro de Epidemiologia).

### Indicações para ecocardiografia fetal:

#### Condições fetais:

- Suspeita de cardiopatia pelo ultrassom obstétrico;
- Outra má formação fetal;
- Cromossomopatias;
- Arritmias cardíacas;
- Oligodrâmnio e polidrâmnio;
- Translucência nucal alterada;
- Crescimento intrauterino restrito;
- *Golf Ball*;
- Gestação gemelar monozigótica.

#### Condições 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.

Devem ser encaminhadas para este exame, gestantes preferencialmente com **24 semanas**, somente para avaliação de cardiopatia congênita.

Obs.: **este exame não é realizado para outros fins** como, por exemplo, a avaliação de circulação uteroplacentária, *Doppler* obstétrico ou vitalidade fetal.





## 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 estabelecidas neste protocolo. Para solicitar no sistema: SADT/ Ecocardio fetal;
- Configurada a patologia cardíaca, a UBS encaminha o laudo ao serviço de referência de Pré-natal de Alto Risco.

## 2.11 Toxoplasmose materna

A toxoplasmose é uma doença causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, com distribuição geográfica mundial. A toxoplasmose adquirida é, na maioria dos casos, benigna e autolimitada. Apenas 10% a 20% dos casos são sintomáticos, cursando com mal estar, cefaleia, mialgia, linfadenopatia, acompanhados ou não de febre. Na gestação, 90% das infecções são assintomáticas, reforçando a necessidade de triagem sorológica de rotina no acompanhamento do pré-natal.

### 2.11.1 Formas de transmissão e prevenção

Todas as gestantes, independentemente da classificação, devem receber orientações sobre as medidas de prevenção da toxoplasmose. A infecção pode-se dar por:

- Comer carne crua ou mal cozida. Recomenda-se não ingeri-las cruas ou mal passadas, inclusive embutidos. Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos e todos os utensílios utilizados, principalmente antes de preparar alimentos que serão ingeridos crus, como verduras e frutas;
- Consumir alimentos ou ingerir água contaminada. Evitar a utilização de água não potável. Lavar bem as frutas e verduras antes de consumi-las;
- Contato com solo contaminado. Recomenda-se usar luvas durante a jardinagem e lavar bem as mãos, com água e sabão, após qualquer contato com solo ou areia;
- Evitar contato com fezes de gato. Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos. Caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e pазinha. Manter as caixas de areia ao ar livre cobertas. Não ofertar carnes cruas ou pouco cozidas e não deixar que estes ingiram caça. Os gatos que vivem nas ruas e com hábitos de caça são mais propensos a ter toxoplasmose. Lavar bem as mãos após contato com os animais. Evitar manipular gatos de rua, especialmente gatinhos, enquanto estiver grávida, especialmente se for suscetível;
- Raro: transplante de órgãos ou transfusão de sangue infectado;
- Transmissão congênita: a transmissão vertical ocorre principalmente na fase aguda da doença, com a parasitemia materna. Os taquizoítos infectam e se multiplicam na placenta, chegando à circulação fetal. Outra forma de transmissão seria a reativação da doença em gestantes com infecção crônica pelo toxoplasma e imunossuprimidas. O risco de infecção fetal e a gravidade do acometimento estão relacionados à idade gestacional na infecção aguda materna. No início da gravidez a infecção é menos frequente, mas pode levar ao abortamento ou graves sequelas. O período entre 10<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana é considerado de maior risco (Febrasgo, 2017).

## 2.11.2 Interpretação sorológica e conduta

**Anticorpos IgG:** atingem o pico com 2 meses da infecção, declinam após 5 a 6 meses e mantêm-se detectáveis pelo resto da vida. Anticorpos IgG maternos são transmitidos via transplacentária ao concepto enquanto que os IgM não.

**Anticorpos IgM:** positivam-se em 5 a 14 dias, atingem níveis elevados em um mês e podem permanecer positivos por meses. Um resultado positivo é observado durante a infecção aguda mas pode permanecer positivo durante meses ou anos em alguns indivíduos, sem qualquer relevância clínica (Montoya).

**Avidez:** Anticorpos produzidos há menos de 4 meses têm avides fraca (baixa) ou intermediária, sugerindo doença recente, enquanto que anticorpos antigos têm avides forte (alta), indicando infecção adquirida há mais de 4 meses. Nos casos de sorologia positiva para IgG e IgM será realizada automaticamente pelo laboratório. Se houver histórico de resultado de avides forte, este não será realizado novamente.

Casos suspeitos em que a gestante apresente IgM e IgG positivos na primeira sorologia, pode-se tratar de uma infecção aguda ou crônica pois o IgM pode permanecer positivo por mais de um ano após a infecção (Febrasgo, 2017).

Nos casos de imunossupressão, como nas portadoras do HIV, há risco de reativação da doença com possível transmissão vertical. Devem ser avaliadas individualmente, de acordo com a contagem de linfócitos CD4 (Febrasgo, 2017).

### Interpretação sorológica e conduta

Sorologia para toxoplasmose	Interpretação	Conduta
<b>IgG e IgM Não reagente</b>	Gestante suscetível	Repetir sorologia no 2º e 3º trimestre. Realizar orientação das medidas de prevenção. A soroconversão impõe tratamento e encaminhamento para gestação de alto risco
<b>IgG reagente e IgM não reagente</b>	Doença prévia	Não necessita repetir exame na gestação, se a sorologia foi realizada no 1º trimestre da gestação. Porém, se a primeira sorologia foi realizada no 2º ou 3º trimestre, reavaliar todos os dados disponíveis, como sorologias prévias. Se imunossupressão importante materna, repetir sorologia no 2º e 3º trimestre. Orientar a prevenção.
<b>Ig G reagente e Ig M reagente</b>	Pode ser infecção aguda ou crônica com IgM residual. Depende da avaliação da avides para IgG.	<b>Se avides fraca (baixa) ou intermediária:</b> infecção recente. Iniciar o tratamento e referenciar para o pré-natal de alto risco. <b>Se avides forte (alta) &gt;16 sem de gestação:</b> conduta como infecção recente. <b>Se avides forte (alta) ≤16 sem de gestação:</b> infecção adquirida antes da gestação.
<b>IgG não reagente e Ig M reagente</b>	Possibilidade de infecção aguda ou falso positivo de IgM.	Iniciar espiramicina e repetir sorologia em 3 semanas: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Se IgG reagente:</b> confirma-se infecção aguda. Referenciar para pré-natal de alto risco.</li><li>• <b>Se IgG não reagente:</b> considerar como IgM falso positivo. Suspender o uso da espiramicina. Orientar medidas preventivas. Repetir sorologia a cada trimestre da gestação.</li></ul>

Fonte: adaptado do Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/MS, 2016.

## 2.11.2 Manejo da gestante com doença antiga

Sendo realizado o exame no 1º trimestre da gestação, sem fatores de risco associados, não necessita repetir exame na gestação. Porém, na presença de imunossupressão como HIV/AIDS, uso de imunossupressores (quimioterápicos e corticoides), entre outros, instituir as medidas de prevenção para evitar a reinfecção. Em caso de dúvida quanto à reativação, encaminhar para avaliação da referência de risco.

## 2.11.3 Manejo da 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 avaliação da referência de risco gestacional.

### 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
Medicamentos e doses recomendadas	
<b>Sulfadiazina</b> 1 cp = 500 mg	3 g/dia: 2 cp de 500 mg de 8/8 hs ou 3 cp 12/12 hs
<b>Pirimetamina</b> 1 cp = 25 mg	1 cp 25 mg de 12/12 horas
<b>Ácido folínico (folinato de cálcio)</b> 1 cp = 15 mg Obs. não confundir com ácido fólico.	1 cp ao dia  Manter durante o tratamento com a Pirimetamina e prolongar o uso por mais 1 semana após o término da mesma.
<b>Espiramicina</b> 1 cp = 500 mg	1g (2 cp 500 mg), VO, 8/8 horas

Fonte: Febrasgo, 2016 e MS, 2016.

#### Considerações importantes:

- Sulfadiazina está contraindicada a partir da 34ª semana de gestação pelo risco de icterícia neonatal;
- Pirimetamina é teratogênica e não deve ser utilizada no 1º trimestre de gestação. 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;

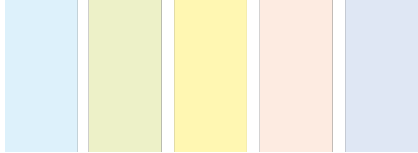
- Ácido fólico deve ser administrado até uma semana após o término da Piri-metamina;
- Gestantes com intolerância gastrointestinal efetiva ou alterações hematoló-gicas (sinais de toxicidade) deverão manter o tratamento da toxoplasmose gestacional com espiramicina até o final da gravidez.

### 2.11.5 Competência da UBS:

- A autoridade sanitária deve instituir um gestor local que monitore os resul-tados dos exames de pré-natal, que devem ser abertos e avaliados quanto aos seus resultados, em até 7 dias após a data disponibilizada no sistema. A finalidade é instituir as condutas mais adequadas a cada caso, o mais breve possível, seguindo as recomendações protocoladas;
- Identificar toda gestante com Toxoplasmose confirmada ou suspeita.

#### **Para casos com toxoplasmose gestacional (duvidoso ou confirmado):**

- Instituir o tratamento, de acordo com o esquema recomendado, em 100% das gestantes com diagnóstico confirmado de toxoplasmose aguda/recente;
- Encaminhar para avaliação da obstetrícia de risco (apoio dos matriciadores do NASF GO e do CE Mãe Curitibana);
- Os matriciadores confirmando o risco gestacional realizam a inclusão na es-pecialidade de OBSTETRÍCIA-TOXOPLASMOSE;
- Alterar a vinculação para a maternidade de alto risco, sendo confirmado o risco;
- Monitorar a gestante com diagnóstico confirmado quanto à presença nas consultas do serviço de alto risco e ao uso correto da medicação;
- Informar a justificativa da mudança do esquema terapêutico, para os casos que se façam necessários, para a liberação do tratamento, podendo o motivo ser informado em documento anexado junto à prescrição;
- Realizar busca ativa às gestantes faltosas nas consultas de pré-natal;
- Registrar, no prontuário e na carteira da gestante, os resultados dos exames laboratoriais e o esquema terapêutico prescrito;
- Preencher todos os campos do Formulário de solicitação de medicamentos para Toxoplasmose Gestacional e Congênita: a parte “A” se refere à gestante;
- Encaminhar a notificação, a prescrição e o formulário de solicitação dos me-dicamentos ao Distrito Sanitário;
- Manter os registros atualizados no prontuário eletrônico;
- Anexar na carteira de pré-natal da gestante os 3 vales de medicamentos (SPAf) para serem manipulados logo após o nascimento da criança. Estes vales serão enviados pela Coordenação de Recursos Materiais/Assistência Farmacêutica (CRM-AF) para que o familiar leve até à farmácia de manipula-ção, que está referenciada no vale para a manipulação do medicamento, para a criança. Estes vales, em geral, serão enviados na 34ª semana de gestação;
- Orientar a gestante e familiar que o RN deverá tomar a primeira dose do me-dicamento para alta da maternidade;
- Depois de confirmado o diagnóstico não há necessidade de se repetir a soro-



logia da gestante. Estes exames só devem ser repetidos no pré-natal quando houver dúvidas quanto ao diagnóstico e nos casos de gestantes suscetíveis ou imunodeprimidas;

- Notificar (através do CID O98.6: Doença infecto parasitária complicando a gestação). Preencher a ficha epidemiológica e enviá-la ao Distrito Sanitário;
- Suspender a medicação no puerpério. Orientar a puérpera que o tratamento visa somente impedir a transmissão vertical.

### **Para as gestantes sorologicamente suscetíveis:**

- Repetir as sorologias a cada trimestre gestacional;
- Registrar no prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames laboratoriais;
- Orientar as formas de prevenção enfatizando a sua importância.

## **2.11 Prevenção da transmissão vertical do HIV**

O risco de transmissão vertical (TV) do HIV é reduzido a menos de 2% em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, parto e a amamentação. Entretanto, sem o adequado planejamento e seguimento, esse risco é de 15% a 45%. O risco de TV do HIV é determinado pela carga viral (CV-HIV) materna, pelo uso de TARV (TERAPIA ANTIRRETROVIRAL) durante a gestação e pela relação entre o tempo de uso de TARV efetiva e o parto.

A testagem para HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e na admissão na maternidade. Pode ser feita em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual (MS, 2017).

### **2.12.1 Aconselhamento**

A UBS deve realizar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV. Estas orientações deverão ser prestadas em dois momentos: previamente à coleta do exame, aconselhamento pré-teste e o pós-teste, por ocasião da entrega do resultado, que deve ocorrer de forma individual, durante a consulta. 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 RN (na gestação, parto e amamentação) e a disponibilidade de tratamento;
- Os aspectos que envolvem a gestação: o risco de TV, a eficácia das medidas preventivas, enfatizando a importância da adesão e o impacto positivo do uso de TARV para evitar a TV e para a qualidade de vida;
- Reforço da importância do uso regular dos métodos de barreira, como preservativos masculinos e femininos, na prevenção de IST.

## 2.12.2 Diagnóstico laboratorial

A liberação dos resultados segue as recomendações da Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.

O **resultado não reagente** é liberado com base em um único teste. Entretanto, caso persista a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta da primeira amostra.

O **resultado reagente** será estabelecido quando uma primeira amostra apresentar resultados reagentes na etapa 1 (“triagem”) e na etapa 2 (“confirmatório”) dos ensaios laboratoriais, seguido da coleta de uma segunda amostra a qual será submetida à etapa 1, devendo esta resultar reagente. Todos os indivíduos recém-diagnosticados devem realizar o exame de carga viral que, na realidade, compõe um terceiro teste, ratificando a presença da infecção (MS, 2017).

Apesar de raros, resultados falso reagentes nos testes para HIV em gestantes, podem ocorrer em função da presença de aloanticorpos. São situações que exigem especial atenção: doenças autoimunes, múltiplos partos, transfusões sanguíneas, hemodiálise e vacinação recente (MS, 2017).

Testagem inicial	
Resultado	Observação
<b>Amostra Não Reagente para HIV</b>	Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da primeira coleta.
<b>Amostra Reagente para HIV</b>	Para confirmação do diagnóstico laboratorial, uma segunda amostra deverá ser coletada e submetida ao primeiro teste do Fluxograma 6, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.
<b>Amostra Indeterminada para HIV</b>	Uma nova amostra de anti-HIV e Carga Viral deverá ser coletada.
Segunda amostra para confirmação do diagnóstico	
<b>Não Reagente</b>	Coletar uma terceira amostra e repetir o Fluxograma. Considerar a possibilidade de troca de amostras.
<b>Amostra Reagente para HIV</b>	Resultado definido com a segunda amostra, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.

Fonte: Adaptado da Tabela 10 - Resumo do Fluxograma 6. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, MS, 2016.

### Testes Rápidos (TR)

São recomendados para testagens presenciais, simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório, por equipe capacitada.

Em alguns casos, devido às limitações de cada ensaio, e assim como todos os testes para diagnóstico, os TR podem apresentar resultados “falso-reagentes”. Por isso,



é importante o paciente se submeter a um segundo teste complementar. Especialistas de laboratório identificaram alguns fatores que interferem no resultado do TR. São eles: vacina recente contra influenza A-H1N1; artrite reumatoide; colangite esclerosante primária; terapia com interferon em pacientes hemodialisados; Síndrome de Stevens-Johnson; anticorpo antimicrosomal; anticorpos HLA (classe I e II); infecção viral aguda; aquisição passiva de anticorpos anti-HIV (de mãe para filho); tumores malignos; outras retrovíroses; múltiplas transfusões de sangue; anticorpo antimúsculo liso.

Por outro lado, os TR podem apresentar resultados “falso-não reagentes” em algumas situações, como, por exemplo, durante uso de terapia antirretroviral, não sendo, portanto, indicado o uso de TR em pessoas em uso de TARV. Outras causas de falhas podem estar relacionadas diretamente ao profissional que executa o teste ou mesmo ao local em que o teste é executado. Para mais detalhes ver o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, MS, 2016.

### Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue total

TR1	TR2	Resultado	Observação
<b>Não Reagente</b>	—	Amostra Não Reagente para HIV	Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.
<b>Reagente</b>	<b>Reagente</b>	Amostra Reagente para HIV	Resultado definido com o Fluxograma 1, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.
<b>Reagente</b>	<b>Não Reagente</b>	—	Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, uma amostra por punção venosa deverá ser coletada e submetida a um dos fluxogramas de laboratório.

Fonte: Tabela 5 Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, MS, 2016.

#### Observação

- 1) Em caso de resultado inválido, o teste deverá ser repetido com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.
- 2) Recomenda-se que no laudo seja incluída uma observação indicando a necessidade da imediata realização do exame de carga viral.

### 2.12.3 Manejo da gestante - Amostra Não Reagente para HIV

- Fazer aconselhamento pré e pós-teste. Orientar a usuária quanto aos modos de transmissão. Reforçar a importância do sexo seguro, orientando quanto à utilização de preservativos, especialmente durante a gestação e amamentação;
- Repetir sorologia no início do 3º trimestre (próximo a 30ª semana);
- Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada após 30 dias. Avaliar a possibilidade de janela imunológica.



#### 2.12.4 Manejo da gestante - Amostra Indeterminada para HIV

Resultados indeterminados ou inconclusivos, falso-reagentes ou falso-não reagentes, podem ser obtidos com a utilização de qualquer teste ou metodologia, independentemente do fluxograma utilizado, seja devido à limitação da própria metodologia e do que ela é capaz de detectar na amostra analisada, seja pela característica singular com que a infecção pode progredir em diferentes indivíduos.

A reatividade cruzada de anticorpos que podem estar presentes na amostra em virtude de várias doenças autoimunes, ou mesmo na gravidez, dentre outras situações, pode produzir resultados falso-reagentes ou indeterminados em qualquer ensaio imunológico.

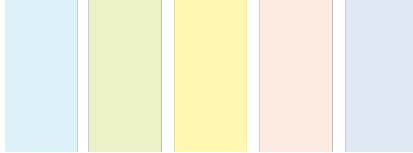
É obrigatória a liberação desse resultado e o laudo laboratorial deve incluir a seguinte ressalva: “Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra”. A nova amostra será colhida e submetida novamente ao fluxograma, preferencialmente no mesmo local em que se realizou o teste com a primeira amostra. Caso o resultado com a nova amostra permaneça indeterminado, deve-se considerar a possibilidade de infecção pelo HIV-2 ou de resultado falso-reagente (Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, MS, 2016).

A UBS deve esclarecer quanto ao significado do resultado, avaliar os riscos para infecção pelo HIV e solicitar a CV-HIV. Encaminhar para avaliação do serviço de referência de alto risco: **Médico Ginecologista obstetra - obstetrícia imunodeficiência**.

#### 2.12.5 Manejo da gestante - Amostra Reagente para HIV

- A UBS deve solicitar CD4 e carga viral e encaminhar a gestante ao serviço de referência de alto risco: **Médico Ginecologista obstetra - obstetrícia imunodeficiência**;
- Mesmo encaminhando ao serviço de Alto Risco, a UBS deve continuar monitorando a gestante, mantendo o vínculo;
- Independentemente da CV-HIV, recomenda-se que as gestantes mantenham o uso de preservativo masculino ou feminino nas suas relações sexuais, protegendo-se de sífilis e outras IST;
- Avaliar o nível de conhecimento da gestante sobre a doença e explicar a infecção pelo HIV e sua evolução, assim como o risco de TV e a elevada eficácia das medidas preventivas. A importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da TARV, fortalecendo a adesão ao tratamento e seguimento (MS, 2017);
- Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de infecção oportunista (IO);
- Notificar através do CID 10:Z 21 (Gestantes HIV Positivas). Verificar também se há registro de notificação de AIDS - CID 10:B24 pois este é realizado apenas uma vez (se há registro prévio não é necessário realizar novamente) mas o de Gestante HIV Positiva, cada vez que engravidar será preciso uma nova notificação;
- Avaliar a possível infecção pelo HIV na parceria sexual e filhos(as).

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico-obstétrico de gestantes infectadas pelo HIV tem como objetivo avaliar a condição geral da saúde da mulher e identificar o status da infecção pelo HIV (situação imunológica e virológica



inicial), a presença de comorbidades e de fatores que possam interferir na evolução da gravidez. O nível da CV-HIV é um dos fatores mais importantes associados ao risco de TV do HIV e auxilia no seguimento e na definição da via de parto (MS, 2017).

Durante o seguimento da gestante infectada pelo HIV, devem ser realizados pelo menos três exames de CV-HIV durante a gestação:

- Na primeira consulta do pré-natal, para estabelecer a magnitude da viremia;
- Duas a quatro semanas após a introdução da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento;
- A partir da 34ª semana, para indicação da via de parto.

A CV-HIV também deverá ser solicitada quando a TARV for modificada por qualquer motivo, duas a quatro semanas após a mudança de esquema, para avaliar a resposta ao tratamento. A solicitação da CV-HIV, ainda, faz parte da avaliação da gestante, em qualquer momento, quando há dúvidas quanto à adesão à TARV.

A contagem de Linfócitos T-CD4+(LTCD4+) deverá ser realizada na primeira consulta de pré-natal e pelo menos a cada três meses durante a gestação para gestantes em início de tratamento. Para gestantes em seguimento clínico, em uso de TARV, com CV-HIV indetectável, solicitar contagem de LTCD4+ juntamente com CV-HIV na primeira consulta e na 34ª semana.

## 2.12.6 Utilização da TARV na gestação

A TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, não devendo ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento (MS, 2018).

Nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal, a TARV poderá ser iniciada na gestante antes mesmo de se terem os resultados dos exames de LT-CD4+, CV-HIV e genotipagem, com o objetivo de alcançar a supressão viral, o mais rápido possível.

### **Manejo de gestantes infectadas pelo HIV que não fizeram uso de TARV:**

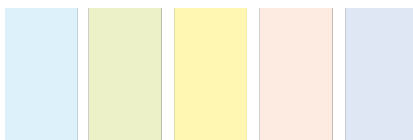
A TARV deve ser administrada em todas as gestantes, independentemente da situação virológica, clínica ou imunológica. Esquema inicial preferencial com Tenofovir/Lamivudina (TDF/3TC) + Raltegravir (Ral).

**TDF + 3TC+ Ral**

### **Manejo de gestante em uso de TARV com CV-HIV indetectável:**

Para gestantes infectadas pelo HIV, já em uso de TARV prévia ao diagnóstico da gestação e apresentando CV-HIV indetectável ou abaixo de 50 cópias/ml, recomenda-se manter o mesmo esquema ARV.

A troca do esquema fica a critério da discussão entre a gestante e seu médico assistente, considerando questões de adesão e ponderando o risco-benefício de propor a mudança do esquema em uma mulher que esteja bem adaptada.



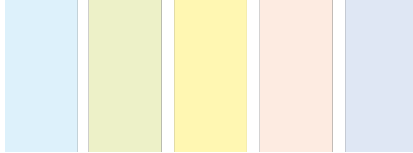
Para maiores informações, consultar a versão atualizada do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde.

## 2.12.7 Imunizações em gestantes vivendo com HIV/AIDS

Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em PVHIV (pessoa vivendo com HIV) sintomáticas ou com imunodeficiência grave, com presença de IO ou contagem de LT-CD4+ inferior a 200 céls/mm<sup>3</sup>, até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de TARV, o que proporciona melhora na resposta vacinal e reduz o risco de complicações pós-vacinais. As imunizações que podem ser indicadas estão especificadas abaixo:

Imunizações em gestantes vivendo com HIV/AIDS	
Imunização	Recomendação – avaliar contagem de LT-CD4+ e condição clínica da gestante
<b>Vacina para pneumococo</b>	Recomendada duas doses, com intervalo de 5 anos, independentemente da idade.
<b>Vacina meningocócica conjugada (MncC)</b>	Recomendada.
<b>Vacina Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</b>	Nas mulheres menores de 19 anos, não previamente vacinadas.
<b>Vacina para tétano e difteria (dT)</b>	Recomendada. Indicado o reforço durante a gestação caso a última dose tenha sido administrada há mais de 5 anos.
<b>Vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa)</b>	Se a gestante não for vacinada ou o estado vacinal for desconhecido, indicar 3 doses e considerar uma dose de dTpa. Caso a gestante precise do reforço de difteria e tétano, poderá realizá-lo contendo as 3 vacinas (dTpa) entre a 27ª semana e a 36ª semana (pelo menos 20 dias antes do parto).
<b>Vacina para hepatite B</b>	Recomendada para as gestantes caso não haja histórico de vacinação completa e se HBsAg não reagente. A dose deve ser o dobro daquela recomendada pelo fabricante e seguindo o esquema de 4 doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses).
<b>Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)</b>	Recomendada para as gestantes suscetíveis, em situação de risco de exposição (ex.: usuárias de drogas que compartilham seringas e agulhas, contato sexual desprotegido com pessoas HBsAg positivas ou em caso de vítimas de violência sexual). Dose única, iniciada ainda nos primeiros 14 dias de exposição.
<b>Vacina para hepatite A</b>	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HAV IgG negativas). Realizar duas doses com intervalo de 6 a 12 meses.
<b>Influenza/H1N1 (INF)</b>	Recomendada anualmente para PVHIV, antes do período da influenza. Vacina inativada trivalente, uma dose anual. Pode ser feita na gestação.
<b>Imunoglobulina para vírus da varicela-zoster (VZV)</b>	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-VZV negativas), após exposição a pessoas com infecção ativa por varicela.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



A vacina da febre amarela deve ser evitada. As vacinas com vírus vivo atenuado são contraindicadas na gestação. Porém, em regiões de risco elevado ou em situações de surto, poderá ser administrada, avaliando-se relação de risco-benefício, devido à alta morbimortalidade da doença, a partir do terceiro trimestre da gestação. Nessas situações, será necessária a avaliação de um especialista e a correlação com a contagem de LT-CD4+ da gestante.

A vacina contra o HPV não está indicada para as gestantes. No entanto, em situação de vacinação inadvertida, não se recomenda a interrupção da gestação e completar o esquema após o parto (MS, 2018).

## 2.13 Sífilis na gestação

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de caráter sistêmico, com evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*.

A sífilis na gestação pode levar ao aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênicas precoces ou tardias. A sífilis congênita é passível de prevenção quando a gestante infectada for tratada adequadamente.

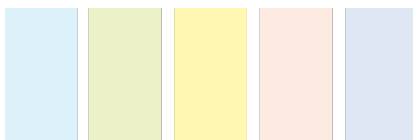
### 2.13.1 Formas de transmissão

Predominantemente por via sexual. Mais comuns no 1º ano de infecção, nas fases primária e secundária. A transmissão vertical pode ocorrer intra-útero e na passagem pelo canal do parto se houver a presença de lesões ativas. Influenciada pelo estágio da sífilis materna e pela duração da exposição fetal.

Não existe vacina contra sífilis e a infecção prévia não confere imunidade, podendo se reinfectar a cada vez que for exposta, o que justifica o rastreamento mais frequente durante a gestação (MS, 2017).

### 2.13.2 Manifestações clínicas

A maioria dos diagnósticos ocorre na fase de sífilis latente. No caso das gestantes, a maior parte é diagnosticada por exames realizados no pré-natal e no parto. Quando a cronologia do tempo de infecção não for bem definida (sífilis de duração ignorada) classifica-se e trata-se como sífilis latente tardia.



## Estadiamento e manifestações clínicas da sífilis

Evolução	Estágios	Manifestações clínicas
<b>Sífilis recente: menos de 2 anos de duração</b>	Primária: 10-90 dias após o contato	Geralmente se manifesta o cancro duro: nódulo indolor, único e ulcerado. Costuma surgir na genitália, mas pode ocorrer no períneo, ânus, orofaringe, lábios ou mãos.
	Secundária: 6 semanas a 6 meses após o contato	São comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção. As lesões secundárias são ricas em treponemas. Podem ocorrer: erupções cutâneas (máculas e/ou pápulas) principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; condiloma plano; alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha); febre; mal-estar; cefaleia; linfadenopatia.
	Latente recente: nos primeiros 2 anos da infecção.	Não se observa nenhum sinal ou sintoma de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio.
<b>Sífilis tardia: mais de 2 anos de duração</b>	Latente tardia: após 2 anos de infecção	
	Terciária	É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo), formação de gomas sífilíticas na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido.

Fonte: PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, MS, 2017.

### 2.13.3 Diagnóstico laboratorial e manejo

Para diagnóstico: solicitar Rastreamento da Sífilis-Quimioluminescência.

Preconizado na rotina do 1º, 2º e 3º trimestre da gestação e também para as investigações das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Segundo o Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis (MS, 2016) os testes imunológicos para diagnóstico da sífilis podem ser:

- **Testes treponêmicos:** são testes que empregam como antígeno *Treponema pallidum* e detectam anticorpos antitreponêmicos. Em aproximadamente 85% das pessoas que contraem sífilis, os resultados permanecem reagentes por toda a vida, independentemente do tratamento. Portanto, não são testes úteis para o monitoramento da resposta à terapia. Exemplos: Teste Rápido (TR), FTA-Abs, CMIA- quimioluminescência, entre outros;
- **Testes não treponêmicos:** são utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e também para o monitoramento da resposta ao tratamento. Exemplos: VDRL, RPR, entre outros. Situações que podem gerar resultados falso-positivos:

- Transitórias: algumas infecções; após vacinações; uso concomitante de medicamentos; após transfusões de hemoderivados; gravidez; em idosos;
- Permanentes: portadores de lúpus eritematoso sistêmico; hepatites virais; síndrome antifosfolipídica e outras colagenoses; malária; usuários de drogas ilícitas injetáveis; hanseníase e em idosos.

## Teste treponêmico

Teste treponêmico TESTE 1*	Teste treponêmico TESTE 2**	Teste treponêmico TESTE 3*** (método diferente do 1º teste)	Possíveis interpretações
<b>Reagente</b>	<b>Reagente</b>	Não é necessário	Diagnóstico de sífilis. Avaliar tempo de infecção e histórico de tratamento.
<b>Reagente</b>	<b>Não Reagente</b>	Realizado automaticamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o resultado do 3º teste for NÃO REAGENTE: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste. Excluído o diagnóstico de sífilis;</li> <li>• Se resultado do 3º teste for REAGENTE: suspeita-se de sífilis recente ou de sífilis tratada, desde que haja registro de tratamento adequado.</li> </ul>
<b>Não Reagente</b>	Não é necessário teste complementar		Amostra não reagente para sífilis. Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova amostra em 30 dias.

Fonte: Baseado no PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, MS, 2017.

No Laboratório Municipal de Curitiba:

- \* CMIA - quimiluminescência
- \*\* VDRL/RPR
- \*\*\* FTA-Abs ou TR.

Interpretação	Manejo
<b>Diagnóstico de sífilis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem histórico de tratamento ou tratamento inadequado: Gestante: tratar conforme as recomendações do cap. do Tratamento e monitorar com teste não treponêmico (como RPR, VDRL) <u>mensalmente</u>. Registrar os resultados das titulações na carteira de pré-natal. Notificar: CID 10: O 98.1 Parceria sexual: investigar e tratar conforme preconizado. Notificar os casos confirmados com CID 10 A 53.9</li> <li>• Com registro de tratamento anterior adequado: observar os critérios para considerar cicatriz sorológica. Não notificar, se for considerado cicatriz sorológica.</li> </ul>
<b>Descartando sífilis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar prevenção e seguimento laboratorial de rotina na gestação;</li> <li>• Se suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova amostra em 30 dias.</li> </ul>



## TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS (teste treponêmico):

Está preconizada na gestação, no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual. Nos casos reagente, se este for o primeiro teste realizado recomenda-se:

- Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Iniciar o tratamento com 1ª dose de penicilina benzatina imediatamente (exceto os casos de comprovada alergia medicamentosa);
- Uma amostra de sangue venoso deverá ser coletada e encaminhada para realização do teste de rastreamento para sífilis para definição do diagnóstico;
- Se a amostra do sangue coletado confirmar o diagnóstico de sífilis: completar o tratamento conforme estágio clínico + realizar o monitoramento + notificar;
- Se a amostra do sangue coletado for concluído como ausência de sífilis, suspender o tratamento, não notificar e repetir a testagem conforme as recomendações. Persistindo a suspeita de sífilis, repetir testagem após 30 dias;
- Testar e tratar parceria sexual.

Fonte: Adaptado do PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, MS, 2017.

Cicatriz sorológica: considerar na persistência de resultados reagentes em teste não treponêmico (exemplo: VDRL, RPR), com títulos baixos (1:1 a 1:4), **após tratamento completo e adequado para a fase da doença**, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado. A completa negatificação dos testes não treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento. O mais comum é que as pessoas que tiveram o diagnóstico de sífilis efetuado após o secundarismo permaneçam com resultados reagentes, com títulos baixos e estáveis, pelo resto da vida.

## Atenção!

Títulos baixos também são encontrados:

- Na sífilis primária, quando os anticorpos estão circulando em baixas concentrações;
- Na sífilis latente não tratada.



## 2.13.4 Tratamento da sífilis

A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.

Estágio clínico	Esquema terapêutico
<b>Sífilis recente (&lt; de 2 anos de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente.</b>	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
<b>Sífilis tardia (&gt; 2 anos de evolução): Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária</b>	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada glúteo), IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM
<b>Neurossífilis</b>	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias

Fonte: PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, MS, 2017.

**Gestantes alérgicas a penicilina** deverão ser encaminhadas para dessensibilização. Para tais casos, entrar em contato com a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, no 3350-9451 ou sinalizar a situação através do e-mail da Priorização Ginecologia Obstetrícia **priorizago@sms.curitiba.pr.gov.br**.

Esquemas alternativos não são recomendados durante a gestação. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe e o RN será submetido à avaliação clínica e laboratorial.

Considerações farmacológicas sugerem que um intervalo de 7-9 dias entre as doses, se possível, é preferível (CDC, 2015). Evidências clínicas sugerem que um intervalo de 10-14 dias entre as doses de Penicilina Benzatina para sífilis latente podem ser aceitas antes de reiniciar a sequência novamente de tratamento. Grávidas que perderam qualquer dose da terapia penicilina precisam repetir o curso inteiro do tratamento.

Para fins de tratamento, só considerar sífilis recente se houver comprovadamente certeza do tempo de evolução menor de 2 anos. Não havendo, considerar sífilis de duração ignorada.

**Reação de Jarisch-Herxheimer:** após a 1ª dose de penicilina pode ocorrer exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, que regridem espontaneamente em 24 horas, não havendo necessidade de interromper o tratamento. Geralmente acompanha febre, artralgia e mal-estar. Esta reação não configura alergia à penicilina, decorre da grande quantidade de proteínas liberadas na corrente sanguínea pelas espiroquetas mortas com a administração de penicilina, sendo mais comum em pessoas que recebem tratamento na fase 2ª da doença.

### **Critérios para tratamento adequado da gestante com sífilis:**

- Tratamento penicilínico;
- Tratamento completo conforme o estágio clínico da doença antes do parto;
- Respeito ao intervalo recomendado entre as doses;
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção;
- Comprovação de queda de título do teste não treponêmico após a conclusão do tratamento, em pelo menos duas diluições em três meses ou de quatro diluições em seis meses após (resposta imunológica adequada).

### **Parceria sexual de gestantes com sífilis:**

- Se sorologia não reagente para sífilis: devem ser tratados com Penicilina\* G benzatina 2,4 milhões UI, IM, esquema único (1,2 milhões UI em cada glúteo), por ser contato sexual. Caso recuse a administração do medicamento, monitorar com nova sorologia após o término do tratamento da gestante;
- Se sorologia reagente para sífilis: seguir as recomendações de tratamento já descritas acima, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina\* benzatina.

Obs.: \*Esquema alternativo: para os casos com alergia confirmada à penicilina (exceto gestantes). Nestes casos, orienta-se realizar um seguimento mais curto, a cada 60 dias, devido à possibilidade de falha terapêutica:

- Para sífilis primária, sífilis secundária e latente recente: doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias;
- Para sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias.

## **2.13.5 Seguimento após tratamento**

### **Para gestantes:**

- Realizar o teste não treponêmico (exemplo: VDRL, RPR) mensalmente;
- Considerar os sinais e os sintomas clínicos bem como os resultados dos títulos para avaliar a resposta ao tratamento.

### **Para parcerias sexuais:**

- Realizar o teste não treponêmico (exemplo: VDRL, RPR) a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e, no segundo ano, a cada seis meses;
- Considerar os sinais e os sintomas clínicos bem como os resultados dos títulos para avaliar a resposta ao tratamento.



### **Critérios indicativos de sucesso do tratamento:**

- Diminuição da titulação em duas diluições do teste não treponêmico em três meses ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16 ou em seis meses 1:4);
- Cicatriz ou memória sorológica (considerar os critérios de definição).

O seguimento deve continuar, conforme recomendado acima, mesmo havendo resposta adequada ao tratamento, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfecção (MS, 2017).

### **Critérios para retratamento:**

- Ausência de queda esperada do título; OU
- Caso ocorra elevação de títulos em duas diluições ou mais (por exemplo, de 1:16 para 1:64), deve-se considerar a possibilidade de reinfecção ou reativação. Nestes casos, deve ser instituído um novo tratamento (três doses de penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, uma vez por semana, por três semanas), estendido às parcerias sexuais, quando necessário; OU
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.  
Obs.: Avaliar quanto à presença de sinais ou sintomas novos; reexposição sexual de risco; comorbidades; a duração, adesão e medicação utilizada no tratamento e a presença de Neurosífilis.

### **2.13.6 Assistência ao pré-natal na UBS:**

- Iniciar o pré-natal precocemente, solicitando o teste de rastreamento para sífilis no 1º, 2º e 3º trimestre da gestação;
- Realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento da parceria sexual das gestantes com sífilis;
- Tratar e monitorar a realização do tratamento da gestante com sífilis e sua parceria sexual, imediatamente após o diagnóstico, considerando a fase da doença, esquema posológico prescrito e a periodicidade entre as doses de penicilina. Se o período de evolução é desconhecido, considerar para fins de tratamento o esquema proposto para sífilis latente tardia;

- Ter disponível na UBS a penicilina G benzatina e outros insumos necessários para sua utilização;
- Monitorar a realização do teste não treponêmico de controle pós-tratamento e a queda da titulação, registrando os resultados na carteira de pré-natal;
- Orientar o uso de preservativo, durante e após tratamento, evitando a reinfecção;
- Considerar a associação entre IST e infecção pelo HIV;
- Notificação de todos os casos diagnosticados com sífilis. Os casos que forem considerados como cicatriz sorológica não devem ser notificados.

### 2.13.7 Critérios de notificação para sífilis

- Para as gestantes, utilizar CID 10 O 98.1 - Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério, seguindo os critérios a seguir:
  - Situação 1: mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente-treponêmico e/ou não treponêmico com qualquer titulação e sem registro de tratamento prévio;
  - Situação 2: mulher sintomática para sífilis que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente-treponêmico e/ou não treponêmico com qualquer titulação;
  - Situação 3: mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente da sintomatologia da sífilis e tratamento prévio.

Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados;

- Para a parceria sexual, com diagnóstico confirmado, utilizar CID 10 A 53.9 - Sífilis não especificada:
  - Situação 1: indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente e sem registro de tratamento prévio;
  - Situação 2: indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, com qualquer titulação.

## 2.14 Infecções sexualmente transmissíveis e corrimentos vaginais

A importância da detecção e tratamento das Infecções sexualmente transmissíveis (IST) na gestação vai além do sofrimento materno, podendo causar aborto, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas ou morte do RN (MS, 2015).

## Manifestações Clínicas das IST e os respectivos agentes etiológicos

	Agente etiológico	Manifestações clínicas
<b>Úlcera anogenital</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
	<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
	<i>Herpes simplex vírus</i>	Herpes genital
	<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
<b>Corrimento uretral/vaginal</b>	<i>Candida spp (não considerada IST)</i>	Candidíase vulvovaginal
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecção por Clamídia
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana (ñ considerada IST)
<b>Doença inflamatória pélvica</b>	<i>Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Bactérias anaeróbias, ex: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, Streptococcus agalactiae.</i>	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite, etc.
<b>Verruga anogenital</b>	HPV (vírus do papiloma humano)	Condiloma acuminado

Fonte: Baseado PCDT, Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2015.

### 2.14.1 Candidíase vulvovaginal

Infecção vulvar e vaginal causada por fungo. Embora não seja sexualmente transmissível, é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual, possivelmente decorrente de microabrasões. Aproximadamente 80% a 90% dos casos são devidos à *C. albicans* e de 10% a 20% a outras espécies como *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*.

Se infecções recorrentes (quatro ou mais episódios sintomáticos em um ano) devem-se investigar causas predisponentes como diabetes *mellitus*, infecção pelo HIV, uso de corticoide sistêmico e imunossupressão.

Sinais e sintomas	
<b>Disúria</b>	Prurido vulvovaginal (principal sintoma)
<b>Dispareunia</b>	Corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso, de "leite coalhado"
<b>Hiperemia</b>	Fissuras vulvar
<b>Edema vulvar</b>	Placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrimdo a vagina e colo uterino.

Tratamento	
<b>Em gestantes</b>	O tratamento deve ser realizado somente por via vaginal: miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite, ao deitar-se, por 7 dias. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.
<b>Não gestantes</b>	Fluconazol 150 mg, VO, dose única.
<b>Parceria sexual</b>	Não precisam de tratamento, exceto os casos sintomáticos.

Fonte: Baseado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, DDAHV/SVS/MS, 2015.

## 2.14.2 Vaginose bacteriana

Apesar de não ser uma infecção sexualmente transmissível, pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas (o pH elevado do esperma contribui para o desequilíbrio da microbiota vaginal). Nos casos recidivantes, o uso de preservativo pode trazer benefício.

A vaginose bacteriana aumenta o risco de aquisição das IST (incluindo o HIV), podendo trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea). Quando presente nos procedimentos invasivos, como curetagem uterina e inserção de dispositivo intrauterino (DIU), aumenta o risco de DIP.

O tratamento recomendado para: grávidas, mulheres sintomáticas, que apresentem comorbidades ou potencial risco de complicações, como previamente à inserção de DIU e cirurgias ginecológicas.

O diagnóstico clínico-laboratorial de vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos critérios de Amsel:

- Corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado;
- PH vaginal > 4,5;
- Teste da amina (KOH 10%) positivo;
- Presença de *clue cells* na bacterioscopia corada por Gram.

Tratamento	
<b>Em gestantes</b>	<b>Uso no 1º trimestre da gestação:</b> Clindamicina 300 mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias. <b>Após o 1º trimestre:</b> Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, VO, 3 x ao dia, por 7 dias ou metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
<b>Não gestantes</b>	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal, um aplicador cheio via vaginal, à noite, ao deitar-se, por 5 dias.
<b>Parceria sexual</b>	Não está recomendado.

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, DDAHV/SVS/MS, 2015 e Atenção ao pré-natal de baixo risco, MS, 2013.

Obs.: Durante o tratamento com metronidazol, evitar a ingestão de álcool, pelo “efeito antabuse”, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca.

### 2.14.3 Tricomoníase

Causada pelo *Trichomonas vaginalis*, 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.

As gestantes deverão ser tratadas, independentemente de sua idade gestacional, já que essa IST está associada à rotura prematura de membranas, parto pré-termo e RN de baixo peso ao nascimento (MS, 2015).

#### Sinais e sintomas

- Dor pélvica;
- Prurido e/ou irritação vulvar;
- Corrimento abundante, amarelado, bolhoso e fétido;
- Sintomas urinários (disúria e polaciúria);
- Colpite difusa ou focal (aspecto de framboesa);
- Aspecto “tigróide” no Teste de Schiller.

#### Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico é feito por meio da visualização dos protozoários móveis em material do ectocérvice, por exame bacterioscópico a fresco, Papanicolaou, etc. Pode haver alterações morfológicas celulares, alterando a classe do exame citopatológico, o qual deve ser repetido três meses após o tratamento.

Tratamento da tricomoníase	
<b>Em gestantes</b>	<b>Uso no 1º trimestre da gestação:</b> Clindamicina 300 mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias. <b>Após o 1º trimestre:</b> Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, VO, 3 x ao dia, por 7 dias ou metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
<b>Não gestantes</b>	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 7 dias
<b>Parceria sexual</b>	Indicado tratamento.

Fonte: Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, DDAHV/SVS/MS, 2015 e Atenção ao pré-natal de baixo risco, MS, 2013.

Obs.: Durante o tratamento com metronidazol, evitar a ingestão de álcool, pelo “efeito antabuse”, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca.

### 2.14.4 Clamídia e gonorreia

Agentes etiológicos frequentes de cervicite mucopurulenta ou endocervicite. As cervicites são frequentemente assintomáticas. Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia e disúria.

Associada a fatores como: mulheres sexualmente ativas, com novos ou múltiplos parceiros sexuais, parceiros com IST, história prévia ou presença de outra IST, uso irregular de preservativo, entre outros.

Ao exame físico podem estar presentes dor a mobilização do colo uterino, material



mucopurulento no orifício externo do colo e sangramento ao toque da espátula ou *swab*. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade.

A infecção gonocócica na gestante poderá estar associada a um maior risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal. No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo ocorrer septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite. A oftalmia neonatal, definida como conjuntivite purulenta do RN, ocorre no primeiro mês de vida e pode levar à cegueira, especialmente, quando causada pela *N. gonorrhoeae*. Por isso a doença deve ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular.

A infecção por clamídia durante a gravidez poderá estar relacionada a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN. A conjuntivite por clamídia é bem menos severa e seu período de incubação varia de cinco a 14 dias.

### Diagnóstico laboratorial

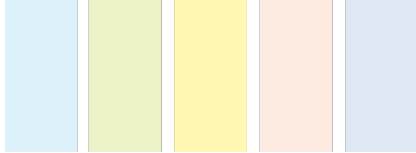
- Clamídia: detecção por biologia molecular ou pesquisa de anticorpos.
- Gonococo: bacterioscopia e cultura de secreções gerais em meio seletivo e em meio de transporte Amies-ana. Pode ser realizada a coleta uretral, anal e endocervical, dependendo da clínica do usuário.

<b>Tratamento para Clamídia</b>	
<b>Em gestantes</b>	Azitromicina 500 mg, VO, 2 comp. em dose única OU Amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias.
<b>Não gestantes</b>	Azitromicina 500 mg, VO, 2 comp. em dose única OU Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, 7 dias OU Amoxicilina 500 mg, VO, 3x/dia, 7 dias
<b>Parceria sexual</b>	Indicado tratamento.
<b>Tratamento para Infecção Gonocócica (Anogenital não complicada - uretra, colo do útero e reto)</b>	
<b>Em gestantes e Não gestantes</b>	Ceftriaxona, 500 mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única
<b>Parceria sexual</b>	Indicado tratamento.

Fonte: Baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, DDAHV/SVS/MS, 2015.

### 2.14.5 Cancro mole

De transmissão exclusivamente sexual, causada pelo *Haemophilus ducreyi*. Também chamado de cancroide, cancro venéreo ou *Cancro de Ducrey*. O período de incubação é geralmente de 3 a 5 dias, por até 2 semanas. Aparentemente a doença não apresenta riscos ao feto ou ao neonato.



## Sinais e sintomas

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;
- Linfgranuloma 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 do cancro mole		
<b>Em gestantes</b>	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única; OU Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única.	Orientar medidas locais de higiene. Reavaliar o paciente 7 dias após o início do tratamento.
<b>Parceria sexual</b>	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única; OU Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única.	Orientar medidas locais de higiene. O tratamento está recomendado mesmo nos casos assintomáticos.

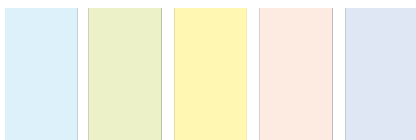
Fonte: Baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, DDAHV/SVS/M, 2015.

## 2.14.6 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.

### Sinais e sintomas

- As manifestações clínicas podem ser divididas em primoinfecção e surtos recidivantes. Muitas pessoas que adquirem a infecção podem não desenvolver manifestações. A proporção de sintomáticos está entre 13% e 37%;
- Na primoinfecção pode ocorrer febre, mal-estar, mialgia e disúria. Nas mulheres pode simular quadro de infecção urinária. A linfadenomegalia inguinal dolorosa está presente em 50% dos casos;
- As lesões cutâneas e/ou mucosas, muito dolorosas, apresentam-se como vesículas agrupadas, de 2 a 3 mm, com conteúdo citrino, evoluindo para pequenas úlceras. Não é comum a identificação das vesículas nas mucosas pois se rompem facilmente. O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primoinfecção e tende a ser na mesma localização da lesão



inicial. Pode ser precedido de sintomas prodrômicos característicos, como prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital;

- 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;
- A tendência natural dos surtos é de se tornarem menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo;
- As lesões têm regressão espontânea em sete a dez dias, com ou sem cicatriz;
- Nos pacientes com imunodepressão, as manifestações podem ser de grandes dimensões, atípicas e de maior duração.

## Gestação

As gestantes portadoras de herpes simples apresentam risco acrescido de complicações obstétricas, sobretudo quando a infecção ocorre no final da gestação. O maior risco de transmissão do vírus acontece no momento da passagem do feto pelo canal de parto. A infecção pode ser ativa (em aproximadamente 50% dos casos) ou assintomática. Recomenda-se, portanto, a realização de cesariana sempre que houver lesões herpéticas ativas (MS, 2015).

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).

## 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).

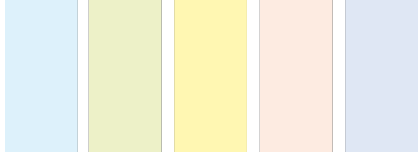
## Diagnóstico diferencial

Os diagnósticos diferenciais incluem o cancro mole, sífilis, linfogranuloma venéreo e 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 de herpes genital	
<b>Infecção primária</b>	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 horas, por 7 dias
<b>Recidivas</b>	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 horas, por 5 dias
<b>Gestação</b>	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação

- 
- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente;
  - O tratamento local pode ser realizado com compressas de solução fisiológica para higienização das lesões;
  - O uso de pomadas com antibiótico pode estar indicado nos casos de infecção secundária;
  - Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário;
  - É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), MS, 2015.

## 2.14.7 Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)

É uma das IST mais frequentes no mundo. A maioria das infecções é assintomática. Podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas que são conhecidas como condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo. É importante que os parceiros(as) sexuais sejam aconselhados e examinados.

### Formas de apresentação

- Latente: ocorre quando as pessoas infectadas por HPV não desenvolvem qualquer lesão. Essa condição pode permanecer durante toda a vida. Apenas algumas pessoas podem, anos mais tarde, vir a expressar a doença com condilomas ou alterações celulares do colo uterino;
- Subclínica: microlesões pelo HPV são diagnosticadas por meio de exame de Papanicolaou e/ou colposcopia (lesões acetobranças), com ou sem biópsia;
- Lesão macroscópica: condiloma acuminado (verrugas genitais ou “cristas de galo”). As lesões maiores se assemelham à “couve-flor” e as menores possuem aparência de pápula ou placa, podendo ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas. São lesões de alta transmissibilidade. Na mulher, encontram-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

### Diagnóstico

O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico. Pode ser confirmado por biópsia. Recomendam-se os seguintes exames:

- Colpocitologia oncótica;
- Colposcopia;
- Histopatologia.

### Gestação

Durante a gravidez, as lesões condilomatosas podem atingir grandes proporções, decorrentes do aumento da vascularização, alterações hormonais e imunológicas.

Os HPV 6 e 11 estão associados à papilomatose de laringe em recém-nascidos e crian-

ças, mas esta é uma situação clínica muito rara. A forma de transmissão do vírus (transplacentária, perinatal ou pós-natal) nestes casos ainda não foi totalmente esclarecida. Não há evidências de que a cesárea diminua a ocorrência desse agravo; portanto, não há indicação do parto via alta para prevenção da transmissão vertical do HPV. Indica-se o parto via alta apenas quando há risco de sangramento excessivo ou de obstrução do canal de parto devido ao tamanho e à localização das lesões (Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, MS, 2013).

### **Tratamento**

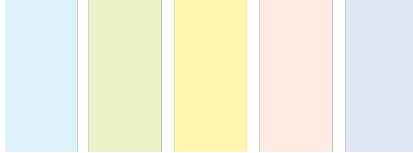
- A escolha do tratamento se baseia no tamanho e no número das lesões;
- Nunca use podofilina durante a gravidez, pois é contraindicada;
- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncótica após o parto;
- Nas lesões subclínicas intraepiteliais: no caso de quaisquer alterações ao exame citológico e/ou ginecológico (teste de Schiller positivo), as gestantes deverão ser encaminhadas para a colposcopia;
- Solução de Ácido tricloroacético (ATA) a 80% - 90%: aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, quando a lesão esbranquiçar. Usar uma vez por semana de 8 a 10 semanas. Deve ser aplicada com cuidado, evitando que a solução se espalhe. Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco. Esse tratamento poderá ser prescrito durante a gestação. No entanto, em casos de lesões extensas, está indicada a exérese cirúrgica (PCDT IST, MS, 2015).
- Lesões pequenas em colo, vagina e vulva: ATA a partir do 2º trimestre (Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, MS, 2013).
- Lesões condilomatosas extensas: encaminhar para avaliação da ginecologia patologia cervical. Se gestante, encaminhar para avaliação do risco gestacional.

### **Fluxos de encaminhamentos conforme alterações no laudo citopatológico**

- Células atípicas de origem indefinida; Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS); Lesão intra-epitelial de baixo grau (NIC I): encaminhar para avaliação da colposcopia. Caso não tenha sido realizada biópsia e também nos casos de resultado da biópsia revelar NIC I ou ser negativo, deve-se proceder uma nova citologia em 90 dias, após o parto;
- Com Lesão de Alto Grau (HSIL): encaminhar para a avaliação da obstetria de risco

## **2.15 Tuberculose na gestação**

Doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. É uma doença de notificação compulsória.



## **Modo de transmissão**

A tuberculose é uma doença de transmissão aérea: ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, expelidos pela tosse, espirro ou fala de doentes com tuberculose pulmonar ou laríngea. Somente pessoas com essas formas de tuberculose ativa transmitem a doença. Os bacilos que se depositam em roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não desempenham papel importante na transmissão da doença.

## **Período de transmissibilidade após o início do tratamento**

A transmissão está presente desde os primeiros sintomas respiratórios, caindo rapidamente após o início do 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 (MS, 2011).

## **Diagnóstico clínico:**

Pode ser considerado na impossibilidade de se comprovar a suspeita por meio de exames laboratoriais (bacteriológicos). Nesses casos, deve ser associado ao resultado de outros exames complementares (de imagem e histológicos).

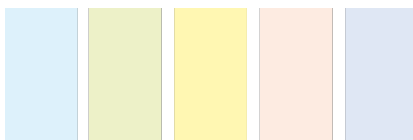
## **Diagnóstico bacteriológico:**

O Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), a cultura e baciloscopia direta são considerados exames para a investigação da tuberculose ativa.

- O TRM-TB: é um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA do *M. tuberculosis* e triagem de cepas resistentes à rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real. O tempo de execução do teste no laboratório é de duas horas e o resultado é gerado automaticamente, informando a presença ou ausência do complexo *M. tuberculosis* e indicando, nos casos detectáveis, a sensibilidade ou resistência à rifampicina. Há necessidade de ser realizada a coleta de apenas uma amostra. Utiliza-se para diagnóstico em casos novos, isto é, virgens de tratamento;
- Cultura para BAAR: é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da tuberculose. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura de escarro pode aumentar em até 20% o diagnóstico bacteriológico;
- Baciloscopia direta (pesquisa de BAAR). Está indicada para:
  - Paciente sintomático respiratório com história de tratamento anterior (recidiva e abandono);
  - Acompanhamento do tratamento e confirmação da cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial;
  - A baciloscopia de escarro para diagnóstico deve ser realizada em duas amostras: uma coletada na primeira consulta na UBS ou visita domiciliar. A outra coletada na manhã do dia seguinte.

## **Gestantes e lactantes**

Gestantes com diagnóstico de tuberculose devem ser encaminhadas para avaliação do serviço de referência de alto risco, sendo monitoradas pela UBS.





Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2018, 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. É recomendável, entretanto, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança enquanto bacilífera.

O esquema com RHZE pode ser administrado nas dose habituais para as gestantes e está recomendado o uso da Piridoxina 50 mg/dia durante a gestação pelo risco de toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido. Gestantes e lactantes devem utilizar os esquemas preconizados mas com especial atenção no monitoramento de efeitos adversos. Medicamentos seguros na gravidez: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Medicamentos seguros no aleitamento materno: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomicina e Terizidona.

Esquema básico para o tratamento da TB				
Regime	Fármacos	Peso	Unidades/dose	Meses
Fase intensiva RHZE	RHZE 150/75/400/275 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		51 a 70 kg	4 comprimidos	
		>70 kg	5 comprimidos	
Fase de manutenção RH	RH 300/150 ou 150/75 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	1 comp 300/150mg ou 2 comp 150/75mg	4
		36 a 50 kg	1comp 300/150mg + 1comp de 150/75mg ou 3 comp150/75mg	
		51 a 70 kg	2 comp 300/150mg ou 4 compr150/75mg	
		>70 kg	2 comp 300/150mg + 1comp de 150/75mg ou 5 comp 150/75mg	

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2018

### Infecção Latente da Tuberculose - ILTB

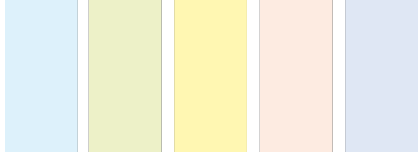
A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem (primoinfecção).

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

Nas grávidas recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto (gestantes assintomáticas). Porém naquelas com infecção pelo HIV sugere-se o tratamento após o terceiro mês de gestação nos seguintes casos:

- Radiografia de tórax normal e:
  - PT ≥ 5 mm;
  - Contatos de pacientes bacilíferos;
  - PT < 5 mm com registro de ter tido PT ≥ 5 mm e não submetida ao tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.



- 
- Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior, independentemente 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, otorrêa, lesões dermatológicas, anorexia, vômitos, diarreia com sangue, icterícia, convulsões, cianose, apneia, 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.

## **2. 16 Hepatite B na gestação**

A transmissão pode se dar por via parenteral, sexual e vertical. Para o RN, a forma de transmissão mais importante é pela via perinatal, no momento do parto. A transmissão intrauterina é mais rara.

Objetivando a redução da transmissão vertical, todas as gestantes, ao iniciar o pré-natal, devem realizar o HBsAg, buscando a identificação das portadoras crônicas do vírus da hepatite B (HBV), em especial as com carga viral (CV-HBV) elevada, para que,

quando seja necessário, se inicie a profilaxia durante a gestação e ao RN exposto no pós-parto imediato.

Há relatos de maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte fetal ou perinatal quando ocorre a infecção aguda pelo HBV durante a gestação. Quando a infecção ocorre no 1º trimestre da gestação, o risco de transmissão da infecção ao RN é menor que 10%; porém, se ocorrer no 2º ou 3º trimestre, o risco de transmissão se eleva a mais de 60%.

A associação da vacina hepatite B com o fornecimento de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) às crianças expostas, assim como a oferta de profilaxia para gestantes com antivirais, são medidas a serem adotadas para diminuir o risco de transmissão vertical (Brown, 2016; Brasil, 2014).

A hepatite B crônica tem pouca influência no curso da gestação, assim como a gestação em geral não altera a história natural da doença; porém, após o parto, poderá ocorrer reativação viral com exacerbação da doença (Pan, 2012).

Os fatores de risco relacionados à transmissão intrauterina são:

- Presença HBeAg reagente materno;
- Parto pré-termo laborioso;
- Procedimentos obstétricos com manipulação de placenta.

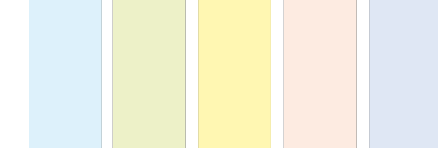
Quando a gestação ocorre em mulher portadora de infecção crônica pelo HBV com perfil imunológico HBsAg reagente/HBeAg reagente, a imunoprofilaxia adequada no momento do parto é fundamental.

A imunoprofilaxia combinada de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B (IGHAHB) e vacina no RN exposto previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos RN (MS, 2017).

## **Compete à UBS**

Solicitar HBsAg para todas as gestantes na 1ª consulta do pré-natal.

- Para as gestantes HBsAg reagente:
  - Encaminhar para avaliação do serviço de referência de gestação de alto risco, com apoio dos médicos matriciadores do NASF GO: CBO: Médico Ginecologista Obstetra. Área de atuação: Obstetrícia-Hepatite;
  - Solicitar PCR quantitativo, transaminases, gama GT, fosfatase alcalina, TAP, albumina e bilirrubinas;
  - Preencher a Ficha de Notificação e Investigação e encaminhar para o DS;
  - Monitorar as gestantes durante o pré-natal, realizando busca ativa às faltosas;
  - Realizar a investigação dos comunicantes domiciliares e sexuais para avaliação sorológica e vacinação dos soronegativos, para fechar a cadeia epidemiológica.
- Para as gestantes HBsAg não reagente (normal), solicitar ANTI-HBs:
  - Se positivo: alta com orientações gerais sobre as formas de transmissão e a importância da investigação dos comunicantes;
  - Se negativo: suscetível. Realizar o esquema vacinal seguindo as recomendações preconizadas pelo MS.



<b>Orientação vacinal - Hepatite B</b>	
<b>Se imunizada previamente à gestação (esquema de 3 doses).</b>	Não vacinar
<b>Esquema vacinal incompleto</b>	Completar o esquema vacinal conforme o número de doses faltantes.
<b>Não imunizada</b>	1ª dose (após a 14ª semana de gestação) 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira) Três doses: esquema 0 - 1 - 6 meses. Recomendada para todas as gestantes suscetíveis.

## 2.17 Hepatite C na gestação

Embora ainda não existam imunoprofilaxias ou intervenções medicamentosas para prevenir a transmissão vertical da hepatite C, o diagnóstico precoce permite seguimento e indicação de tratamento após a gestação, quando indicado, bem como o seguimento da criança exposta.

O tratamento durante a gestação está contraindicado, pelos efeitos teratogênicos das medicações. A gravidez deve ser evitada durante todo o tratamento contra hepatite C e nos seis meses seguintes. Após o término da gestação, optando pelo tratamento, deve-se seguir o fluxo de encaminhamento já estabelecido para o agravo. Se for confirmada a gestação durante o tratamento da hepatite C, este deverá ser suspenso.

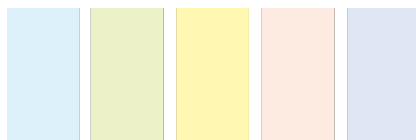
### Fatores de risco

- Transfusão de sangue e derivados ou transplantes (antes de 1993);
- Uso de drogas injetáveis, inaláveis e pipada (*crack*);
- Parceria sexual HCV reagente;
- Prática sexual com múltiplos parceiros, sem uso de preservativos;
- Uso de material perfurocortante contaminado;
- Infecção pelo HIV;
- Profissionais de saúde com história de acidente com material biológico;
- Pacientes submetidos à hemodiálise.

A elevação de aminotransferases, sem outra causa clínica evidente, é indicação laboratorial que sugere a investigação das hepatites.

### Transmissão

- Disseminada fundamentalmente pela exposição parenteral através de sangue ou derivados de sangue de pessoas infectadas;
- Por via sexual;
- Transmissão vertical;
- Por via percutânea - 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 à material biológico e procedimentos cirúrgicos, odontológicos e de hemodiálise, em que não sejam aplicadas as normas adequadas de segurança.

A taxa de infecção perinatal de bebês nascidos de mães soropositivas é de 5,8%, sendo os principais fatores de risco a elevada carga viral materna e a coinfeção pelo vírus HIV.

### **Compete à UBS:**

- **ANTI-HCV não reagente:** não há até o momento vacina para hepatite C. Orientar as formas de transmissão e medidas de prevenção.
- **ANTI- HCV reagente:**
  - Solicitar PCR quantitativo, ANTI-HBc TOTAL, transaminases, gama GT, fosfatase alcalina, TAP, albumina e bilirrubinas;
  - Encaminhar para avaliação do serviço de referência de gestação de alto risco, com apoio dos médicos matriciadores do NASF GO: CBO: Médico Ginecologista Obstetra. Área de atuação: Obstetrícia-Hepatite;
  - Preencher a Ficha de Notificação e Investigação e encaminhar para o DS;
  - Monitorar as gestantes durante o pré-natal, realizando busca ativa às faltosas;
  - Realizar a investigação dos comunicantes domiciliares e sexuais.





# **Assistência ao parto e puerpério**





# 3. Assistência ao parto e puerpério

## 3.1 Assistência ao trabalho de parto e parto

### 3.1.1 Na admissão e internamento 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 ou técnico de enfermagem, enfermeiro e 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 e 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.

A gestante será avaliada na sala de admissão do hospital, onde será definida a sua condição obstétrica para o internamento (implementando a classificação do risco obstétrico previamente realizada durante o pré-natal). Esta avaliação deve constar de: ouvir a queixa, avaliar os registros da 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.

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

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

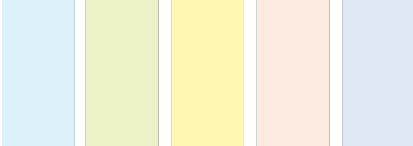
### 3.1.2 Assistência no trabalho de parto e parto

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 de acordo com o protocolo de atendimento ao parto humanizado.

A equipe obstétrica deve estar atenta aos fatores de risco maternos identificados na admissão e na evolução do trabalho de parto, diminuindo assim a probabilidade de complicações.

#### **Procedimentos que não devem ser realizados como rotina:**

- Lavagem intestinal;

- 
- Episiotomia;
  - Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê);
  - Soro com ocitocina;
  - Raspagem dos pelos pubianos;
  - Jejum;
  - Imobilização durante o trabalho de parto;
  - Romper a bolsa das águas.

### **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**

Categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (OMS):

- Plano individual de parto, a ser discutido com a equipe da unidade hospitalar;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto (segundo a estratificação do risco gestacional);
- Fornecimento de assistência obstétrica segura;
- Respeito ao direito de privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos, por via oral, durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo à posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

### **3.1.3 Alojamento conjunto**

Alojamento conjunto é o local hospitalar onde o recém-nascido sadio permanece ao

lado da mãe 24 horas por dia 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.

### **3.1.4 Agendamento da consulta puerperal**

Compete ao hospital, na alta hospitalar, agendar consulta puerperal na UBS:

- Agendar consulta puerperal em 7 a 10 dias, na UBS, via Sistema Integração *on-line*, inclusive para os casos pós-aborto, para controle e início de anticoncepção. Em caso de intercorrências, no parto ou com o recém-nascido, agendar retorno em 5 dias na unidade;
- Orientar a puérpera a retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção puerperal: febre, dor e sangramento.

## **3.2 Assistência puerperal na Atenção Primária**

O cuidado nesta fase é fundamental tanto para a saúde materna quanto para a criança. Deve incluir o pai/família em seus diversos arranjos. O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura aproximadamente seis semanas.

#### **Fases do puerpério:**

- Imediato: do 1º ao 10º dia após o parto;
- Tardio: do 11º ao 45º dia;
- Remoto: após o 45º dia.

### **3.2.1 Competência da UBS**

- Ter agenda de enfermagem disponível para consulta puerperal, possibilitando o agendamento hospitalar antes da alta, através do sistema integrado;
- Estimular desde o pré-natal o retorno na UBS após o parto;
- Monitorar todas as puérperas e captá-las para a consulta puerperal;
- Realizar a busca ativa, se após os dez primeiros dias de vida, a mãe não comparecer à UBS acompanhada do bebê para consulta neonatal precoce e para a consulta puerperal;
- Detectar as complicações puerperais precocemente e encaminhar para o hospital;
- Realizar a consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto;
- Esclarecimento de dúvidas.



### 3.2.2 Nos cuidados maternos

**Sinais de alerta:** febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorréia fétida, alteração da pressão arterial, tonturas frequentes, mamas “empedradas” e doloridas. Realizar avaliação médica e conforme o caso, encaminhamento para o serviço hospitalar.

Na abordagem inicial: reavaliar os dados do pré-natal como a quantidade de consultas, as intercorrências e tratamentos realizados, as informações sobre o parto e o nascimento.

No exame físico geral e específico: avaliar mamas e mamilo; no abdômen: avaliação uterina, se dor à palpação, o aspecto da ferida operatória (se cesariana); no períneo e genitais externos: as características dos lóquios, as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia.

Se cesariana, realizar a retirada dos pontos entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica.

Orientar os cuidados com as mamas, estimulando e apoiando a amamentação exclusiva, exceto nos casos contraindicados.

Reavaliar as comorbidades detectadas no período gestacional ou no parto tanto na abordagem medicamentosa quanto na necessidade de encaminhamentos e/ou outras condutas relacionadas.

Verificar os resultados dos testes para sífilis e HIV realizados no hospital, se houveram alterações em relação aos do pré-natal, adequando as condutas a cada caso. Orientar a prevenção e realizar o tratamento das IST/HIV/AIDS e Hepatites.

No caso de fator RhD materno negativo, verificar a aplicação da imunoglobulina anti-RhD, nos casos que forem necessários.

Monitorar as puérperas com complicações no parto e/ou puerpério, avaliando o uso adequado da medicação instituída e os retornos agendados.

Avaliar o risco e captar para o planejamento reprodutivo, ofertando métodos adequados a cada caso, até mesmo os definitivos. Orientar quanto ao retorno da atividade sexual.

A prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar, 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto. Orientar a ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada.

O cuidado no puerpério remoto deve ser individualizado, de acordo com as necessidades de cada caso.

Realizar ações na orientação da saúde sexual e do planejamento reprodutivo, para que as escolhas sejam de forma consciente e segura. Considerando que o aleitamento materno contribui substancialmente para a transmissão vertical (TV) do HIV, é conveniente avaliar as vulnerabilidades e orientar a prevenção da infecção após o parto, principalmente com o uso de preservativos, reduzindo a possibilidade de infecção durante a amamentação. Por isso, deve-se ressaltar a importância do uso do preservativo durante a lactação para as puérperas.

#### **Manejo da Terapia Antirretroviral (TARV) no puerpério (para puérpera vivendo com HIV):**

O seguimento obstétrico da mulher vivendo com HIV no puerpério, salvo em situ-

ações especiais de complicações ocorridas durante o parto e o puerpério imediato, é igual ao de qualquer outra mulher. Deve-se prever o retorno entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto, na UBS. O comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, lançando mão de busca ativa, se necessário.

A TARV deve ser mantida após o parto, independentemente da contagem de LT-CD4+ e dos sinais e sintomas clínicos da mulher.

Todas as gestantes que iniciarem TARV durante a gestação com esquema TDF + 3TC + RAL deverão realizar troca do ARV para Dolutegravir, em até 3 meses após o término da gestação. Para que o *switch* (troca) seja possível, a gestante deverá:

- Estar em seguimento clínico e uso de TARV de forma regular;
- Estar com CV-HIV indetectável documentada dos últimos seis meses;
- Ser orientada quanto à troca e seus benefícios.

Recomenda-se que essa troca seja enfatizada durante a gestação. Esta orientação da troca da TARV é de responsabilidade da equipe de pré-natal de alto risco junto à equipe da assistência hospitalar. Idealmente, a usuária deverá ter a alta hospitalar com a orientação e prescrição para uso após o parto.

### **Considerações importantes no monitoramento da sífilis:**

Após o tratamento, os testes não treponêmicos (exemplo: VDRL ou RPR) devem ser realizados a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e a cada seis meses no segundo ano.

É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses ou de quatro em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: se o título da amostra era de 1:32 e cai para 1:8, após três meses, ou, ainda, se era de 1:32 e cai para 1:4, após seis meses).

A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento. Denomina-se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda.

A completa negativação dos testes não treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento. O mais comum é que pessoas que tiveram o diagnóstico de sífilis efetuado após a fase secundária, permaneçam com resultados reagentes nesses testes, com títulos baixos e estáveis, pelo resto da vida.

Caso haja uma elevação de títulos em duas diluições ou mais (por exemplo, de 1:16 para 1:64), deve-se considerar a possibilidade de reinfeção ou reativação da infecção. Nesses casos, deve ser instituído um novo tratamento, estendido às parcerias sexuais.

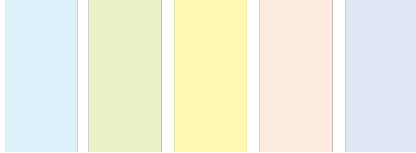
Os testes treponêmicos (exemplo: FTA-Abs, CMIA - quimiluminescência) não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Esses testes não permitem a realização de titulação e espera-se que permaneçam reagentes por toda a vida do indivíduo, sem indicar falha do tratamento.

Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

### **Cuidados nos quadros hipertensivos:**

As pacientes hipertensas crônicas podem desenvolver encefalopatia hipertensiva, edema pulmonar e insuficiência cardíaca no puerpério, sendo esses eventos mais fre-





quentes naquelas com pré-eclâmpsia sobreposta, doença cardíaca ou renal prévia, descolamento de placenta ou com PA de difícil controle.

Nas pacientes que se mantêm hipertensas, deve-se utilizar medicamentos para seu controle. Nas demais, pode-se realizar o controle da PA semanalmente por um mês; após, em intervalos de três a seis meses por um ano.

Ao se prescrever os anti-hipertensivos, deve-se lembrar que a grande maioria é excretada no leite humano, podendo ser absorvida pelo recém-nascido. A exposição neonatal à metildopa, enalapril e propranolol é considerada segura, sendo boa opção no período da amamentação (MS, 2013).

Realizar recomendações para evitar o tabagismo, orientar a prática de exercícios físicos e dieta, evitando a obesidade, a hiperglicemia e a hipercolesterolemia.

### **Diabetes Mellitus (DM) pré-existente à gestação e DM gestacional:**

Na amamentação há redução das necessidades de insulina. Devem ser monitorados os níveis de glicemia, para o estabelecimento da dose adequada. Nos casos de utilização de hipoglicemiantes orais, em DM2 pode ser considerado, pois apenas 0,4% da dose de metformina ingerida pela mãe é detectada no leite materno, Febrasgo 2011.

Quanto ao DM Gestacional suspender a medicação, retornar à dieta geral e reavaliar o seu estado glicêmico seis semanas após o parto (Unicamp, 2017).

### ***Blues puerperal ou baby blues:***

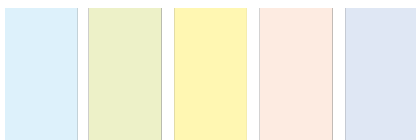
Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos.

Além das frustrações devido às expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade vivida, muitas vezes a família não está preparada ou organizada para tudo que se apresenta nesse momento. É comum observar nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas. Esse estado depressivo mais brando ocorre em 70% das mulheres e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas que exigem adaptações.

Os profissionais devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase (MS, 2016).

### **3.2.3 Nos cuidados com o recém-nascido:**

- Captar o RN para consulta de puericultura em até 10 dias de vida;
- Verificar os dados do RN: peso, comprimento, Apgar, idade gestacional ao nascer, imunização e registro civil;
- Verificar a realização e os resultados das triagens neonatais realizados na maternidade (testes do olhinho, do pezinho, da orelhinha, do coraçãozinho e da linguinha), procedendo encaminhamentos para os resultados alterados:
  - Teste do olhinho alterado: a UBS deve encaminhar para Oftalmologia Geral e solicitar priorização de consulta através do e-mail [priorizapediatria@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:priorizapediatria@sms.curitiba.pr.gov.br);



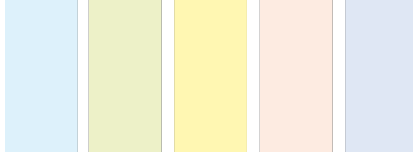
- Teste orelhinha alterado: a UBS deve encaminhar para Otorrinolaringologia Deficiência Auditiva Alta Complexidade;
- Teste do coraçãozinho alterado: a UBS deve encaminhar para Cardiologia Pediátrica;
- Teste da linguinha alterado: a UBS deve encaminhar para Cirurgia Pediátrica Geral;
- Teste do pezinho alterado: a UBS deve encaminhar para a referência de especialidade, conforme a alteração;
- Identificar e monitorar precocemente os RNs de risco e encaminhar para Neurologia – Recém-nato Risco, conforme os critérios a seguir:
  - Peso ao nascer inferior a 1500 g;
  - Apgar menor que 7 no 5º min. de vida;
  - Criança egressa de UTI neonatal;
  - Prematuridade IG menor que 36 semanas;
  - Asfixia perinatal com manifestações clínicas e laboratoriais;
  - Convulsões no período neonatal;
  - Insuficiência respiratória no período neonatal com uso de oxigenação por mais de 3 dias;
  - Infecções congênitas (TORCHS, HIV e ZIKA vírus) com alterações neurológicas identificadas;
  - Infecções neonatais: sepsis e meningite;
  - Hemorragia do SNC (período neonatal) documentada por exame de imagem;
  - Perímetro cefálico menor que 2 desvios padrão ou abaixo do percentil 3.
- Caso a alta do RN não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar os motivos;
- Observar a interação mãe-bebê como carícias, contato visual e as expressões não verbais;
- Orientar sobre imunização e a importância da puericultura;
- Realizar identificação e seguimento dos agravos (TORCHSZ) a que o RN tenha sido exposto durante a gestação, encaminhando-o para o ambulatório especializado. Podendo ser para Infectologia Geral ou Médico Pediatra: HIV/Hepatites/Sífilis/Toxo;
- Avaliar aleitamento materno e orientar quanto às possíveis dúvidas e dificuldades.

### 3.3 Promoção do aleitamento materno e manejo das intercorrências

O pré-natal é o momento oportuno para a motivação ao aleitamento materno e à alimentação saudável. Utilizar linguagem de fácil compreensão, escutar as dúvidas e os medos, transmitindo confiança e demonstrando que as informações prestadas são baseadas nas experiências e nas evidências científicas, que a equipe está disposta a dar suporte sempre que necessário. Deve-se cuidar com expressões como: suas mamas são muito pequenas, seu mamilo é plano ou invertido e você terá dificuldade para amamentar, entre outras.

Orientar sobre o preparo das mamas para a amamentação: realizar banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas), desaconselhar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo.





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. Proibir o aleitamento cruzado, explicando os riscos.

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dos 6 meses e até 2 anos de idade, ela seja complementada com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno.

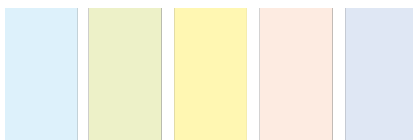
No contexto do aleitamento materno, é importante orientar que o leite materno é semelhante para todas as mulheres que amamentam, exceto as mulheres que apresentam desnutrição grave, pois podem ter o seu leite afetado em sua qualidade e quantidade. Nos primeiros dias, esse leite é chamado de colostro e contém mais proteínas e menos gordura. Do sétimo ao décimo dia após o parto, o leite é chamado de leite maduro e sua concentração de gordura aumenta no decorrer da mamada.

A avaliação da mulher quanto ao aleitamento materno deve estar vinculada à avaliação do bebê, suas condições clínicas, crescimento e desenvolvimento. É fundamental que a mãe receba esclarecimento sobre a produção do leite materno, a importância da amamentação e as mudanças no corpo, os cuidados com as mamas para evitar a mastite, o manejo para retirada e armazenamento do leite, cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas. Escutar as dificuldades para amamentar, oferecendo cuidados para superação das dificuldades.

Existem fatores que podem levar ao desmame precoce, como a introdução de água, chás e outros leites, que também estão associados ao aumento da morbimortalidade infantil. Alguns utensílios oferecidos à criança podem trazer riscos para a continuidade da amamentação, como as chupetas e mamadeiras, pois as crianças que usam chupeta comumente são amamentadas com menos frequência.

### **Nos cuidados da amamentação a equipe deve:**

- Avaliar o posicionamento e a pega:
  - O posicionamento da criança deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dela junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição;
  - A cabeça da criança deve estar mais elevada que o corpo;
  - Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama;
  - Atenção para os sinais que são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama; dor na amamentação.
- Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada;
- As mamadas devem ser de livre demanda, ou seja, sem restrição de horário ou duração;
- É importante esvaziar a mama antes de oferecer a outra. Na próxima mamada,



deve-se iniciar pela mama que não foi oferecida;

- Não ofertar chá, água ou outros leites, pois podem causar o desmame precoce;
- Alertar sobre as alterações decorrentes de hábitos orais deletérios: uso de chupeta, mamadeira, sucção digital;
- Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar. Respeitar a autonomia da mulher, após decisão informada, oferecendo informações sobre alternativas seguras de alimentação complementar para o bebê.

## Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento materno

Condição clínica materna	Recomendação	Observações
<b>Infecção por HIV</b>	Contra-indicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
<b>Infecção pelo HTLV</b>	Contra-indicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
<b>Infecção pelo vírus da hepatite B</b>	Manter aleitamento materno	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
<b>Infecção pelo vírus da hepatite C</b>	Manter aleitamento materno, com restrição*	*Contra-indicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.
<b>Tuberculose pulmonar</b>	Permitido (exceto os casos de tuberculose mamária)	A mãe não tratada ou que esteja tratando a menos de duas semanas deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada quanto à necessidade de quimioprofilaxia.
<b>Doença de Chagas</b>	Manter aleitamento materno, com restrição **	**Contra-indicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos.
<b>Uso de drogas ilícitas: anfetaminas, LSD, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, maconha e haxixe</b>	Contra-indicado	Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
<b>Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool</b>	Manter aleitamento materno, com restrição***	***Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
<b>Em tratamento quimioterápico e radioterápico</b>	Contra-indicado	

Fonte: Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

## Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Intercorrência	Manejo
<b>Bebê que não suga ou tem sucção fraca</b>	Atentar para o ganho de peso do recém-nascido. Orientar a ordenha, várias vezes ao dia, para garantir a continuidade da produção do leite. Suspender o uso de chupeta ou mamadeira. Crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação. 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>“Pouco leite” ou “leite fraco”</b>	Avaliar os fatores predisponentes como: suplementação com outros leites; mamilos grandes, invertidos ou planos; hipotireoidismo, diabetes não tratada, doença mental, fadiga, distúrbios emocionais, redução cirúrgica das mamas, fumo; lábio/palato leporino, prematuridade, síndrome de Down; 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.
<b>Demora na “descida do leite”</b>	Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea. Estimular a autoconfiança da mãe. Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha.
<b>Mamilos planos ou invertidos</b>	Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Promover a confiança da mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor. Ensinar manobras que auxiliam a aumentar os mamilos, como compressas frias e sucção por 30 a 60 segundos, com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml cortada na parte estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada. Manter a ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança.
<b>Ingurgitamento mamário “leite empedrado”</b>	É 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. 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. Massagens delicadas, com movimentos circulares. Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos. Uso de sutiã com alças largas e firmes. Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas. Uso de analgésico: paracetamol 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor.

## Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Intercorrência	Manejo
<b>Dor nos mamilos/fissuras</b>	Ocorre quando a pega for inadequada, geralmente porque a mama está muito ingurgitada. 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 ingurgitamento. Evitar as lavagens excessivas das mamas e o uso de produtos tópicos como pomadas ou cremes.
<b>Candidíase (monilíase)</b>	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 esteroides, e muitas vezes o bebê pode transmitir o fungo. Na criança, aparecem placas brancas na região oral. Clínica: coceira, dor que persiste após as mamadas, hiperemia e irritação com descamação de mamilos e aréola. Inicialmente o tratamento é local. <u>Tratamento materno</u> : creme fungicida (nistatina ou miconazol): espalhar uma fina camada do creme nos mamilos durante o intervalo das mamadas, de 3 a 4 vezes ao dia, por 2 semanas. Lembrar que as chupetas são fontes importantes de reinfecção.
<b>Reflexo de ejeção do leite exagerado</b>	Orientar a ordenha antes de cada mamada. Estimular a doação de leite materno.
<b>Mastite</b>	Caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) associados a calafrios. 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, bebê com dificuldade de sucção; produção excessiva de leite. Condução: não suspender o aleitamento. Esvaziar as mamas adequadamente (não ocorrendo com a mamada, realizar a ordenha manualmente). Iniciar amamentação na mama não afetada. Se dor ou febre, orientar paracetamol, 500 mg, VO, 6/6 horas OU Ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas. <u>Antibioticoterapia</u> : Cefalexina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias ou Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas – 10 dias ou Amoxicilina + ácido clavulânico (500 mg/125 mg), VO, 8/8 horas – 10 dias ou Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos. Não havendo melhora dos sintomas em 48 horas do início do tratamento, considerar a possibilidade de abscesso mamário, de encaminhamento para a maternidade de referência para reavaliação do caso.
<b>Abscesso mamário</b>	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. 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. Interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia (ver manejo da mastite). Manutenção da amamentação na mama sadia. Esta paciente será monitorada até a cura pela



# Referências





# Referências

- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Abordagem e tratamento do fumante**, Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Abordagem e tratamento do fumante** – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Acesso em: 12 mar. 2018. Disponível em: <<http://goo.gl/OiUCuo>>.
- BRASIL. 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.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão de Alto Risco**. Manual Técnico 5ª edição Série A. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília – DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco**. Manual Técnico. 5ª edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher Brasília – DF, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Departamento de Atenção Básica. Brasília, MS, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Deteção de Doença Falciforme no Pré-natal**. Nota Técnica: Inserção da Eletroforese de Hemoglobina nos Exames de Pré-natal - Rede Cegonha. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Brasília – DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Manual de Condutas Gerais. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, DF. MS, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças



Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, DF. MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, DF. MS, 2014.

BRASIL. Ministério da **Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília. MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF. MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva/MS. INCA. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica N.º 01/2016. **Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos**. Em 10 de maio de 2016. MDS/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF, 2015. Data da última modificação: 14.12.2017 - 17:57

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa conjunta nº10, de 2017-DIAHV/SVS/MS e DAB/SAS/MS. **Informa sobre os procedimentos a serem adotados, considerando ações de prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e dispensação de medicamentos para IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais para População em Situação de Rua**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Atenção A Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017.

- BRASIL. **As cardiopatias congênitas são a 3ª maior causa de mortalidade neonatal no Brasil**. portalms.saude.gov.br/images, publicado em 11 de jul 2017. [Acesso em 01 de março de 2018]. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=cardiopatias+congenitas+ministerio+da+saude&oeq=cardiopatias+congenitas+M&aqs=chrome.3.69i57j0l5.133271j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume 2. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Brasília - DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Por que algumas grávidas cospem muito?** [Acesso em 06 de mar de 2018]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52296-por-que-algumas-gravidas-cospem-muito>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Brasília - DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Grávidas fumantes: os malefícios do cigarro na gestação**. Publicado em 18/05/2016. Agência de notícias. Acesso em 12 de março de 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/gravidas-fumantes-os-maleficios-do-cigarro-na-gestacao>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância e Saúde, 2018.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Toxoplasmosis**. [Acesso em 08 de fevereiro de 2018]. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/dpdx/toxoplasmosis/index.html> >
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: Revised Guidelines from CDC, 2010** [Acesso em 09 de fevereiro de 2018]. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5910a1.htm> >
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Protect Your Baby from Group B Strep!** [Acesso em 09 de fevereiro de 2018]. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/Features/GroupBStrep/>>
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Gonococcal Infections in Adolescents and Adults**. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines [Acesso em 28 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/std/tg2015/gonorrhea.htm> >
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Chlamydial Infections in Adolescents and Adults**. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines [Acesso em 28 de fevereiro de 2018]. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/std/chlamydia/default.htm> >
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**. [Acesso em 11 de abril de 2018]. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis-pregnancy.htm> >



CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS). **Orientações gerais para solicitação de imunobiológicos especiais para bloqueio de varicela (Vacina e/ou Imunoglobulina contra Varicella-zoster - VZIG)**. SMS, 03 de dezembro de 2012.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS). **Instrução normativa nº 2: Dispõe sobre o cadastramento dos usuários do SUS Curitiba no sistema informatizado e prontuário eletrônico**. SMS, 10 de março de 2016.

European Thyroid Journal. European Thyroid Association. **Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children**, 2014.

European Thyroid Journal. European Thyroid Association. **Guidelines on Diagnosis and Treatment of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism**, 2015.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Aleitamento Materno**. FEBRASGO, 2010.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Gestação de Alto Risco**, Manual de Orientação. FEBRASGO, 2011.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Anticoncepção para Adolescentes**. Série, orientações e recomendações. Febrasgo no 9, 2017.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Assistência Pré-natal**. 2ª edição. São Paulo, FEBRASGO, 2014.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Infecções no Ciclo Grávido-Puerperal**. Série Orientações e Recomendações. São Paulo, FEBRASGO, 2016.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **1.Pré-eclâmpsia 2.Hipertensão induzida pela gravidez 3.Síndrome HELLP 4.Complicações na gravidez**. Série Orientações e Recomendações. São Paulo, FEBRASGO, 2017.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Toxoplasmose**. Publicado em 16 Agosto 2017. [Acesso em 09/02/2018]. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/185-toxoplasmose>>.

**Guideline for prevention of RhD alloimmunization in RhD negative women**. Lubušký M1, Procházka M, Simetka O, Holusková I. Publicado em 2013 Apr;78(2):132-3. [Acesso em junho de 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23710977>.

**International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO. Thyroid Diseases in Pregnancy**. [Acesso em: 14 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://www.figo.org/.../FIGO%20GPAMFM%20WG%20-%20Th>.

**International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO. Morbidity and Mortality Weekly Report. Updated Recommendations for Use of VariZIG – United States, 2013**. MMWR / July 19, 2013 / Vol. 62 / No. 28

Organização Mundial da Saúde. **Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes**. OMS, 2013.

Organização Mundial da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. [Acesso em 18 de julho de 2018]. Disponível em: [static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf](http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf).

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes **Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil**, 2017.

SAUNDERS, C.; BESSA, T. C. C. D.; PADILHA, P. C. Assistência Nutricional Pré-Natal in ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. - 2.ed. - Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento do Diabetes Gestacional e da Gestante com Diabetes**. [Acesso em 27 de mar de 2018]. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/59-tratamento-do-diabetes-gestacional-e-da-gestante-com-diabetes>>

Sociedade Brasileira de Imunizações. **Calendário de Vacinação SBIIm GESTANTE**. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) - 2017/2018

UNICAMP, **Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério**, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. WHO, 2016.



# Equipe responsável

## **Organização e Elaboração:**

Edvin Javier Boza Jimenez  
Lourdes Terezinha Pchebilski

## **Colaboradores:**

Alexei Volaco  
Agda de Jesus Silva Moreira  
Ana Carolina Araujo dos Santos Schlotag  
Ana Paula Hoffman de Andrade  
Angela Cristina Lucas de Oliveira  
Ângela Leite Mendes  
Braulio Augusto Correa de Melo  
Bruna Volaco Gonzalez de Carvalho  
Cristiane Maria Chemin  
Daniela Cristina Rachadel  
Deisy Rodrigues Felício de Souza  
Dênis José Nascimento  
Edson Gomes Tristão  
Everson Ribeiro de Lima  
Fernando José Vicenzi  
Flavia Vernizi Adachi  
Glaucia Harumi Maruo Kanabushi  
Haroldo Pinheiro  
Homero Luis de Aquino Palma  
Juliane Cristina Schmitt Mansur  
Karen Vivian Bernartt  
Karina Utrabo Prosdocimo  
Letícia Maria Greca  
Liza Regina Bueno Rosso  
Lucia Helena Nascimento Tonon  
Marcelo Guimarães Rodrigues  
Marcia Saad  
Maria Christina Barreto  
Maria Cristina Vilatore Assef  
Marion Burger  
Maria Elisabete Ferraz  
Mario Augusto Gori Gomes  
Marta Abatepaulo de Faria  
Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha Sobieray  
Natália Cardozo de Azeredo Ribeiro  
Nilton Willrich  
Oksana Maria Volochtchuk  
Patricia Audrey Reis Goncalves Pinheiro  
Paulo Cesar Zimmermann Felchner  
Pedro Ivan Mitoso Junior  
Raquel Tatiane Heep  
Rosilei Maria Antonievicz  
Sheldon Rodrigo Botogoski  
Tatiane Boutin Telles  
Viviane de Souza Gubert

## **Projeto Gráfico e Revisão:**

Ana Paula Gama Koroll  
Antonio Carlos Patitucci  
Mariana Cestille







**CURITIBA**