

Pré-natal e puerpério na Atenção Primária

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

2025

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.

Sumário

1. ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	5
1.1. Captação, inscrição e vinculação no pré-natal.....	5
1.2. Avaliação clínico-obstétrica.....	8
1.3. Estratificação do risco gestacional	11
1.4. Exames complementares - risco habitual.....	15
1.5. Ecocardiografia fetal	18
1.6. Acompanhamento do pré-natal	19
1.7. Principais sinais de alerta na gestação	23
1.8. Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica...24	
1.9. Procedimentos técnicos	25
1.10. Exame citopatológico do colo uterino na gestação	32
1.11. Prescrição de suplementos	33
1.12. Recomendações de imunizações.....	36
1.13. Diagnóstico nutricional de gestantes.....	40
1.14. Orientação alimentar	45
1.15. Saúde bucal: pré-natal odontológico (PNO).....	50
1.16. Orientações nas queixas frequentes da gestação.....	55
1.17. Álcool, tabaco e outras drogas	64
1.18. Saúde mental	66
1.19. Orientações gerais às gestantes	73
1.20. Orientações em fisioterapia para gestantes	73
1.21. Segurança no trânsito	74
1.22. Ações educativas	78
1.23. Pré-natal da parceria sexual.....	80
2. Intercorrências clínicas e obstétricas no pré-natal ...	85
2.1. Anemias na gestação	85
2.2. Asma na gestação	90
2.3. Crescimento intrauterino restrito e Macrosomia fetal	95
2.4. Diabetes <i>mellitus</i> e diabetes <i>mellitus</i> gestacional	98
2.5. Distúrbios hipertensivos	107

2.6.	Obesidade	119
2.7.	Tireoidopatias	120
2.8.	Síndromes hemorrágicas	126
2.9.	Prevenção da doença hemolítica perinatal	131
2.10.	Trabalho de parto prematuro	134
2.11.	Infecção do trato urinário na gestação	135
2.12.	Investigação e manejo do Estreptococo β Hemolítico do Grupo B.....	140
2.13.	Toxoplasmose	141
2.14.	Prevenção da transmissão vertical do HIV	151
2.15.	Sífilis na gestação	165
2.16.	Infecções sexualmente transmissíveis e corrimentos vaginais	178
2.17.	Tuberculose na gestação	189
2.18.	Hepatite B na gestação	195
2.19.	Hepatite C na gestação	200
3.	ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO	205
3.1.	Assistência ao trabalho de parto e parto	205
3.2.	Assistência puerperal na Atenção Primária	208
3.3.	Promoção do aleitamento materno e manejo das intercorrências.....	214
3.4.	Uso de medicamentos na amamentação	225
4.	Anexos	233
4.1.	Termo de compromisso Pré-natal seguro	233
4.2.	Fluxograma - hipertensão na gestação	235
4.3.	Fluxograma para telerreg. do carbonato de cálcio	237
4.4.	Manejo da gestante/puérpera com crise hipertensiva	239
4.5.	Fluxograma- Perda de líquido via vaginal	240
4.6.	Fluxograma- Infecção do trato urinário.....	241
4.7.	Fluxograma- Vulvovaginites na gestação.....	242
4.8.	Fluxograma - solicitação de enoxaparina para gestantes	243
4.9.	Telerregulação - avaliação da obst. de risco	246
4.10.	Fluxo Central Saúde Já - Aleitamento materno.....	251
5.	Referências	253

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) da área de abrangência 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 batimento cardíaco fetal (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 e as 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.
- Se estratificada como alto risco gestacional (conforme os critérios estabelecidos): encaminhar para Telerregulação Avaliação obstetrícia de risco.

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;
- Cálculo do índice de massa corporal (IMC), medida de pressão arterial e da altura uterina;
- Resultados dos exames realizados e tratamentos à gestante e sua parceria sexual, quando necessário;
- 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.

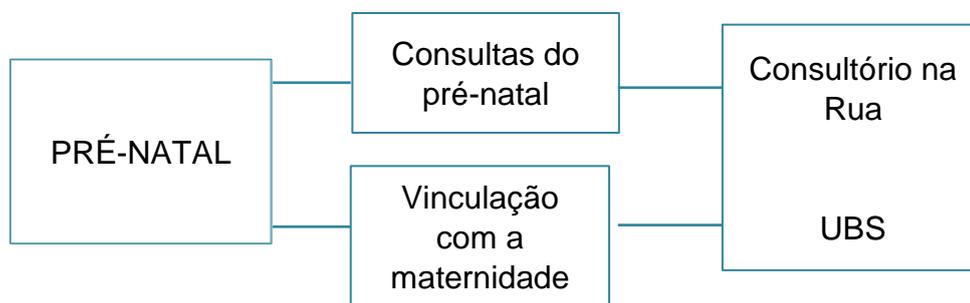
A dinâmica da vida na rua condiciona alguns determinantes de saúde. Desta forma, a mulher, principalmente em estado gestacional, é alvo de importantes estratégias de cuidado pela UBS e equipes do consultório na rua.

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 intrasetorial e intersetorial, 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 nº1/2016/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; 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; 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 BCF;
- O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal.
 - 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:
 - **Na 1ª consulta de pré-natal e entre a 20ª - 24ª semana (preferencialmente) da gestação;**
 - Sempre que houver queixas ginecológicas.

Obs.: nos quadros infecciosos está indicada a reavaliação após o término do tratamento.

- Introduzir o espéculo e analisar a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquisar a presença de lesões e sinais de infecções.
 - ✓ Realização do Teste das aminas (uso do KOH): durante a realização do exame especular, nem sempre as vaginoses ou outros corrimentos são visíveis ou facilmente identificáveis. Como realizar:

- Com a espátula, coletar um pouco do conteúdo do fundo do saco vaginal e adicionar 1 a 2 gotas de hidróxido de potássio (KOH) a 10% diretamente na amostra vaginal sobre uma lâmina;
 - Segurando a lâmina abane suavemente, verifique a presença de amins voláteis na camada de vapor (cheiro) acima da superfície da lâmina;
 - Será considerado positivo quando apresentar amins voláteis (odor desagradável semelhante a peixe podre).
- Coleta de material para exame colpocitopatológico. 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. BRASIL, 2013a.
 - 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 anexiais.
 - Deve ser feito o registro, em prontuário eletrônico, da realização do exame.

1.2.2. Realização de TESTAGEM RÁPIDA (TR)

A realização de TR de sífilis e HIV está preconizada para os seguintes momentos no período gestacional:

- ✓ Na vinculação ao pré-natal, **independentemente** do trimestre gestacional;
- ✓ Nos casos de exposição de risco/violência sexual;
- ✓ No momento de admissão para o parto ou aborto.

Para os casos previamente diagnosticados, mediante comprovação sorológica laboratorial, seja no sistema *esau*de e ou da rede privada, não há necessidade de realizar TR.

Nas situações em que a gestante seja proveniente de outro serviço (privado/outros municípios), apresentando sorologia previa negativa, está indicada a realização do TR.

Ressaltamos a importância da testagem da parceria sexual.

O aconselhamento pré-teste, a realização da testagem, a interpretação e conduta frente aos resultados, deve seguir as recomendações preconizadas no capítulo de cada agravo. Atentar para as boas práticas de realização da TR, tais como, uso correto dos insumos, o tempo de leitura e a organização do ambiente. Considerar e orientar sobre o período da janela imunológica.

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 UBS de origem quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada. Segue a estratificação e os critérios de risco gestacional estabelecidos e adotados pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS).

BAIXO RISCO		Pré-natal na UBS - Atenção Básica.
MÉDIO RISCO		Acompanhamento compartilhado entre a equipe de saúde da UBS e a referência médica em ginecologia e obstetrícia distrital. Inscrever em: Acompanhamento à Gestante de Médio/Alto Risco – DS... (médico ginecologista e obstetra)
ALTO RISCO		Encaminhar para Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco (ver fluxo no anexo). Se o critério for Toxoplasmose, Hepatites e/ou HIV reagentes será avaliado pela Telerregulação: Avaliação infectologia .

BAIXO RISCO

- Gestante de risco habitual
- Aborto em gestação anterior
- Ameaça de aborto na gestação atual
- Adolescentes > 15 anos
- Baixa escolaridade (menor do que 5 anos de estudo regular)
- Hipotireoidismo
- Obesidade (IMC <35 kg/m²)
- Sífilis
- Tabagismo
- Uso ocasional ou recreativo de álcool e outras drogas psicoativas

MÉDIO RISCO

- Adolescentes < 15 anos
- Asma leve
- Avaliação de outras condições/comorbidades maternas sem repercussão fetal, ex.: pessoas com deficiência, vivendo em situação de rua, entre outras
- Baixo peso materno (IMC < 18,5 kg/m²)
- Histórico de prematuridade em gestação anterior (evento único)
- Idade materna ≥ 40 anos
- Óbito fetal (natimorto) e/ou perinatal em gestação anterior
- Obesidade (IMC ≥35 a 39,9 kg/m²)
- Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório), sem comorbidades
- Citopatológico alterado com Lesão de Alto Grau (HSIL) COMO: NIC II, NIC III, ASC-H, AGC-H ou quando não se puder descartar microinvasão
- Arboviroses como: Zika, Dengue, Chikungunya e Oropouche

ALTO RISCO

- Aborto de repetição (3 ou mais abortos espontâneos seguidos)
- Anemia grave
- Asma moderada/grave
- Cardiopatias maternas
- Cirurgia bariátrica (se < que 2 anos de pós-operatório ou comorbidades associadas)
- Crescimento intrauterino restrito (CIUR)
- Diabetes *mellitus*
- Diabetes *mellitus* gestacional
- Doença autoimune (lúpus eritematoso sistêmico ou outras collagenoses)
- Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.

ALTO RISCO

- Doença hemolítica perinatal (Isoimunização Rh)
- Doenças neurológicas: epilepsia, AVC e outras
- Gemelaridade dicoriônica
- Gemelaridade monocoriônica
- Gestação de homens transsexuais
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos)
- Hanseníase na gestação
- Hepatopatias (hepatite B reagente; hepatite C reagente; colestase gestacional, entre outras)
- Hipertensão arterial crônica
- Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia
- Hipertireoidismo
- Histórico de prematuridades em gestações anteriores (mais de um evento) ou egresso do internamento por trabalho de parto prematuro nesta gestação
- HIV positivo
- HTLV e herpes zoster
- Incompetência istmo cervical
- Infecção urinária de repetição (≥ 3 infecções) ou Pielonefrite (história) nesta gestação
- Iteratividade complicadas por invasão trofoblástica (acretismo, incretismo ou percretismo); inserção placentária baixa (na cicatriz) ou gestantes com 3 ou mais cesáreas anteriores
- Macrossomia fetal
- Malformação fetal
- Nefropatias graves (as proteinúricas, insuficiência renal, rim policístico, entre outros)
- Neoplasia trofoblástica gestacional
- Neoplasias
- Obesidades mórbidas ($\text{IMC} \geq 40\text{kg/m}^2$)

ALTO RISCO

- Oligohidrâmnio
- Placenta prévia centro total (diagnóstico ecográfico confirmado após a 22ª semana de gestação)
- Pneumopatias graves
- Polidrâmnio
- Senescência placentária
- Toxoplasmose aguda ou indefinida
- Transplantes
- Transtorno mental/comportamental estratificado como alto risco pela linha guia da Saúde Mental, incluindo os decorrentes do uso de substâncias
- Tromboembolismo (prévio à gestação ou na gestação atual)
- Tuberculose em tratamento
- Uso abusivo ou prejudicial de álcool e outras drogas psicoativas

1.4. Exames complementares - risco habitual

- **Hemograma completo:** rotina no 1º, 2º e 3º trimestre;
- **Glicose:** rotina no 1º trimestre;
- **Teste de tolerância à glicose - TOTG** (3 dosagens p/ gestante): preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação. Restrição: cirurgia bariátrica prévia;
- **Hormônio tireoestimulante (TSH):** rotina no 1º trimestre;
- **Hemoglobinas variantes:** rotina no 1º trimestre;
- **Anticorpos IGG e IGM antitoxoplasma:** se suscetível, solicitar nos 3 trimestres da gestação;
- **Anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2:** rotina no 1º, 2º e 3º trimestre. Se reagente: solicitar CD4 e carga viral;

- **Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG):** rotina no 1º trimestre;
- **Anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV):** rotina no 1º trimestre;
- **Rastreamento da sífilis - Quimioluminescência:** rotina no 1º, 2º e 3º trim.;
- **Teste não treponêmico - controle pós-tratamento para sífilis:** mensal na gestação. Iniciar o controle 30 dias após o término do tratamento;
- **Determinação direta e reversa de grupo ABO + pesquisa de fator RH (inclui D fraco):** 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:** 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;
- **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, solicitar e justificar o motivo através do e-mail de priorização de ginecologia/obstetrícia.
- **Ecocardiografia fetal:** encaminhar preferencialmente com 24 semanas de gestação, seguindo as recomendações descritas no cap.de Cardiopatia congênita.

ROTINA POR TRIMESTRE GESTACIONAL

Exames	Rotina na vinculação	Rotina 2º trimestre (até 28ª semana)	Rotina 3º trimestre (até 34ª semana)
Hemograma	X	X	X
Ac anti-HIV-1 + HIV-2	X	X	X
Glicose	X		
TSH	X		
ABO-Rh	X		
Teste indireto de antiglobulina humana (gestante Rh -)	X	X	
Hemoglobinas variantes	X		
ANTI-HCV	X		
HBSAG	X		
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	X	X	X
Cultura de bactérias p/ identificação	X	X	X
Ac IGG e IGM antitoxoplasma. Se suscetível, repetir nos 3 trimestres	X	X	X
Rastreamento da sífilis - Quimioluminescência	X	X	X
TOTG (3 dosagens p/ gestante)		X	
Pesquisa de <i>Streptococcus agalactiae</i> grupo B- GBS			entre a 35ª e 37ª semana
Exame citopatológico		X	
Ultrassonografia obstétrica	X		X

Recomenda-se a realização das rotinas, de preferência, no início de cada trimestre gestacional. Na suspeita clínica ou exposição de risco (HIV, sífilis, hepatites e toxoplasmose) as sorologias podem ser solicitadas além da rotina preconizada. Nos casos que soro convertem, atentar para a identificação precoce das alterações, além da instituição das medidas específicas para cada agravo. No diagnóstico de uma IST, investigar as demais, por ex.: HIV, sífilis e hepatites. Essas ações contribuem para a redução da prematuridade e da transmissão vertical. Nos casos das sorologias não reagentes para Toxoplasmose, Hepatites virais, HIV e sífilis, é muito importante o reforço das medidas preventivas.

1.5. Ecocardiografia fetal

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. BRASIL,2017d

Indicações para ecocardiografia fetal:

a) Condições fetais

- Suspeita de cardiopatia pelo ultrassom obstétrico;
- Outra malformação fetal;
- Cromossomopatias;
- Arritmias cardíacas;
- Taquicardia fetal persistente (FCF > 180bpm);
- Bradicardia fetal persistente (FCF < 120bpm) ou suspeita de bloqueio cardíaco;
- Oligodrâmnio e polidrâmnio;
- Translucência nucal > 3,5mm ou maior que o percentil 99 para idade gestacional;
- Crescimento intrauterino restrito;
- Golf Ball;
- Gestação gemelar monocoriônica.

b) Condições maternas

- Doenças: diabetes *mellitus*, HAS, colagenoses, hipotireoidismo e hipertireoidismo;
- Infecções intrauterinas: toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola, sífilis e HIV;
- Uso crônico de medicações e/ou exposição a agentes teratogênicos na gestação, como: anticonvulsivantes, anti-inflamatórios, lítio e ácido retinóico;
- Uso de drogas ilícitas (*crack* e cocaína) e alcoolismo;
- Parente de 1º grau do feto com doença cardíaca congênita (pais, irmãos ou gestação anterior);
- Fertilização *in vitro*.

O consenso na literatura médica é da realização da ecocardiografia fetal a partir de 18 semanas, embora a melhor visualização das estruturas cardíacas ocorra **entre 24 e 28 semanas** de gestação.

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. Solicitar no sistema: SADT/ Ecocardio fetal;
- Configurada a patologia cardíaca, a UBS deve encaminhar o caso para a **Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco**.

1.6. 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. BRASIL, 2012b e BRASIL, 2016c

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 encaminhada para avaliação 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 UBS, 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.

1.6.1. Atenção à soroconversão durante a gestação

O rastreamento laboratorial a cada trimestre durante a gestação busca a identificação precoce de infecções que possam vir a resultar na transmissão vertical. Mediante uma sorologia suscetível (não reagente) preconiza-se orientar as medidas protetivas ou de prevenção específicas para cada agravo.

Além da detecção precoce de uma soroconversão, é importante também a orientação à gestante e, conforme o agravo, realizar encaminhamento específico e iniciar a terapêutica.

É importante ressaltar que diante de uma soroconversão, por exemplo de sífilis, também **está indicada a investigação de outras infecções que podem estar associadas, como HIV, hepatites virais B e C**, as quais podem ser realizadas inclusive por Testagem Rápida ou através sorologia convencional já estabelecidas em protocolo vigente. Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.

Solicitar e **priorizar** a coleta dos exames de rotina do pré-natal.

1.6.2. Termo de compromisso Pré-natal seguro

Em todo o mundo, a questão da segurança do paciente é parte fundamental dos processos relacionados à melhoria da qualidade assistencial, pois as chances

de erro são consideravelmente altas. Eventos adversos e danos involuntários, acontecem com os pacientes durante a prática clínica de rotina, ou como resultado de uma decisão clínica. BRASIL, 2014c

A Assistência de qualidade em saúde é um direito de todo indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer atenção efetiva, eficiente, segura e satisfatória. Para a OMS, a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. BRASIL, 2013e

Pensando nessa proposta, foi elaborado o Termo de Compromisso o qual contempla o *Check list*, sendo implementado posteriormente em reuniões técnicas com finalidade de promover o autocuidado e a responsabilidade pelo pré-natal, através do termo de adesão, denominado Termo de Compromisso entre a futura mamãe, bebê e a UBS, anexado neste protocolo.

A gestante reafirma o compromisso aos cuidados com a sua saúde e a do bebê, através da realização de todas as etapas propostas no *Check list* durante o pré natal, o qual contempla todas as ações rotineiras definidas neste protocolo.

A utilização do *Check list* no pré-natal ajuda a evitar a maioria das causas de mortes maternas, neonatais e prematuridade, muitas vezes relacionadas as complicações da hipertensão, infecções e parto. Além disso, também auxilia os profissionais de saúde a garantir que práticas sejam realizadas em tempo oportuno durante o processo perinatal. Baseado na OMS, 2017

Durante a consulta de vinculação o profissional deverá, através de postura acolhedora, informar que o pré-natal é o acompanhamento de saúde indicado para todas as gestantes, cujo principal objetivo é avaliar a saúde da mulher e do bebê durante toda a gestação. Embora a gestação seja um evento natural, em algumas situações podem trazer riscos. Por este motivo, a importância do acompanhamento e realização de todas as etapas propostas:

- ✓ Comparecer as consultas;
- ✓ Realizar os exames solicitados;
- ✓ Aderir aos tratamentos propostos;
- ✓ Comparecer as consultas odontológicas;
- ✓ Realizar as vacinas preconizadas;

- ✓ Acolher as orientações à saúde;
- ✓ Esclarecer as suas dúvidas;
- ✓ Estimular a participação da família;
- ✓ Participar de ações educativas.

As pessoas têm o direito de serem informadas sobre os cuidados de saúde e participarem das decisões que influenciam suas vidas, sua saúde. Nessa perspectiva, as chances das gestantes virem a adotar medidas de autocuidado, com vistas ao alcance de metas de saúde, tornam-se concretas. Magalhães, 2012

Os itens do *Check list* deverão receber a checagem logo após cada procedimento realizado, juntamente com a gestante, sempre resgatando qualquer item que não tenha sido contemplado em tempo oportuno. Após a checagem, é importante reprogramar e pactuar com a gestante as próximas etapas, com os devidos registros em prontuário eletrônico.

1.7. 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 podem sugerir pré-eclâmpsia	Avaliação da pressão arterial (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 BRASIL, 2016c

1.8. Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Seguem abaixo os sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica da maternidade de referência.

- Síndromes hemorrágicas;
- 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;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes;
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.;
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110);
- Amniorrexe prematura (perda de líquido vaginal);
- Trabalho de parto prematuro;
- 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;
- Investigação de prurido gestacional/ictericia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Anemia grave (Hb \leq 7 g/dL);
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligodrâmnio;
- Óbito fetal.

Fonte: BRASIL, 2016c e BRASIL, 2022d.

1.9. Procedimentos técnicos

1.9.1. 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 especular está instituído **de rotina** na 1ª consulta de pré-natal e entre a 24ª e a 28ª semana da gestação. Pode ser realizado em outras ocasiões, conforme a necessidade;
- 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 IMC, monitorando o ganho de peso gestacional com o preenchimento do Gráfico de acompanhamento nutricional disponibilizado na Carteira de Pré-natal;
- Medida da pressão arterial;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina avaliando o crescimento fetal. Monitorar através do preenchimento do Gráfico Curva de altura uterina/idade gestacional disponibilizado na Carteira de Pré-natal;
- 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.

1.9.2. 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

Para o cálculo da data provável do parto (DPP: esta regra consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação (multigesta) ou dez (primigesta) 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. BRASIL, 2012b

Exemplos:

- DUM: 13/09/04 DPP: 20/06/05 ($13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$)
- DUM: 10/02/04 DPP: 17/11/04 ($10 + 7 = 17/2 + 9 = 11$)

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

1.9.3. Controle da PA

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 24^a semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da PA, devem ter seus retornos antecipados, considerando maior risco de pré-eclâmpsia.

Técnica de medida da 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.

1.9.4. 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.

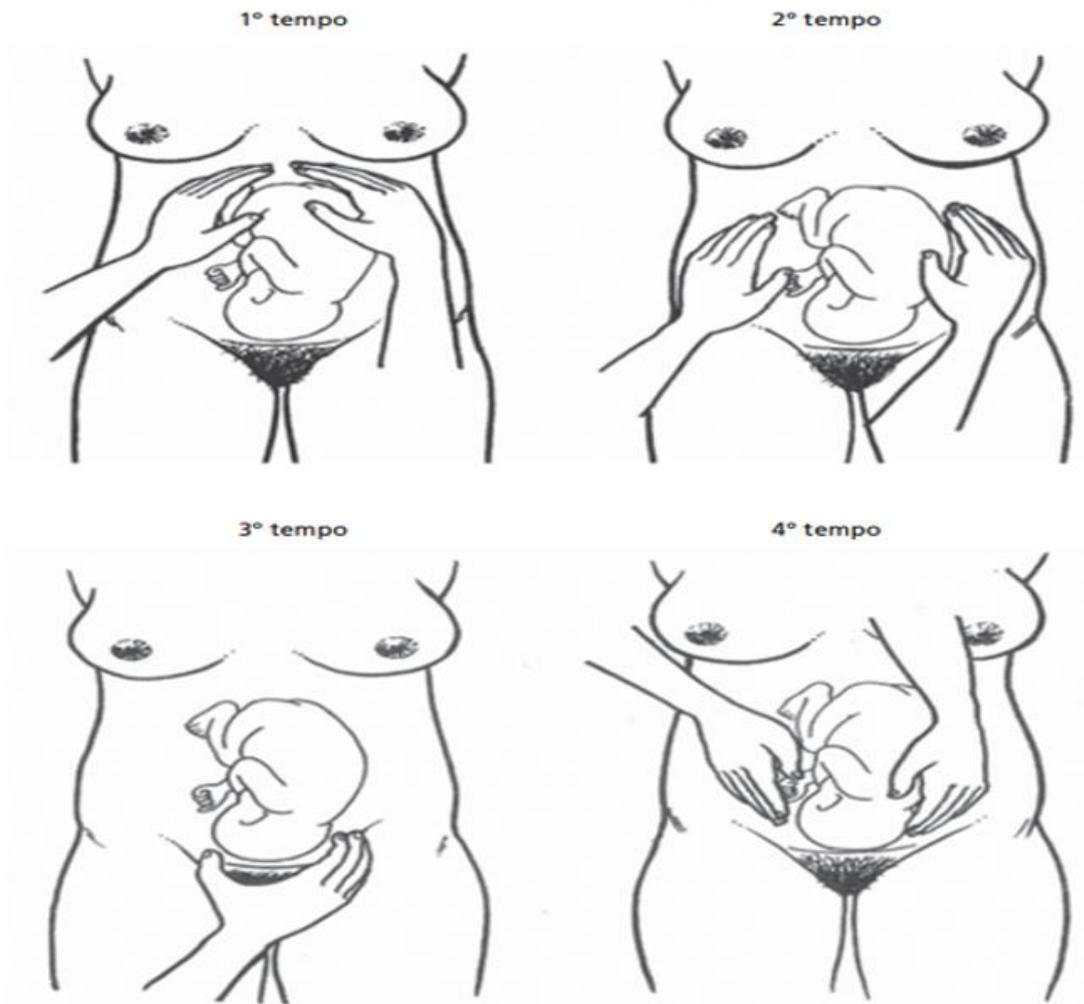
1. Palpação obstétrica

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:

- i. Delimitar o fundo uterino com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer a parte fetal que o ocupa;
- ii. Deslizar as mãos do fundo até o polo inferior uterino, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
- iii. Explorar a mobilidade do polo que se apresenta no estreito superior pélvico;
- iv. 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 as cefálicas e as pélvicas.

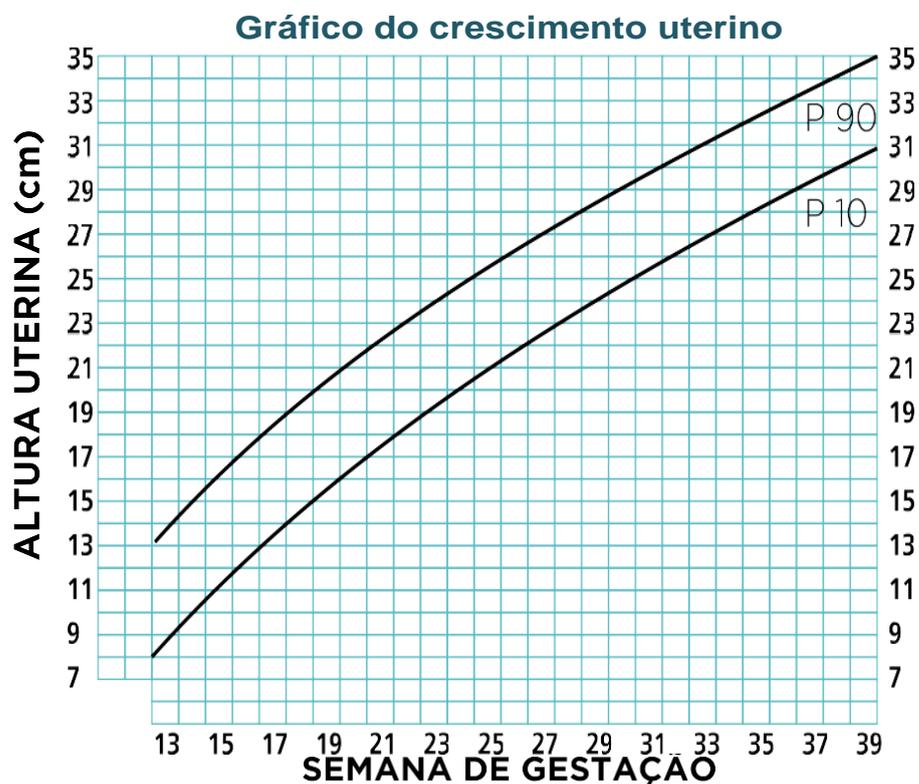
Figura 2 – Manobras de palpação



Fonte: BRASIL, 2013a

2. Medida da altura uterina

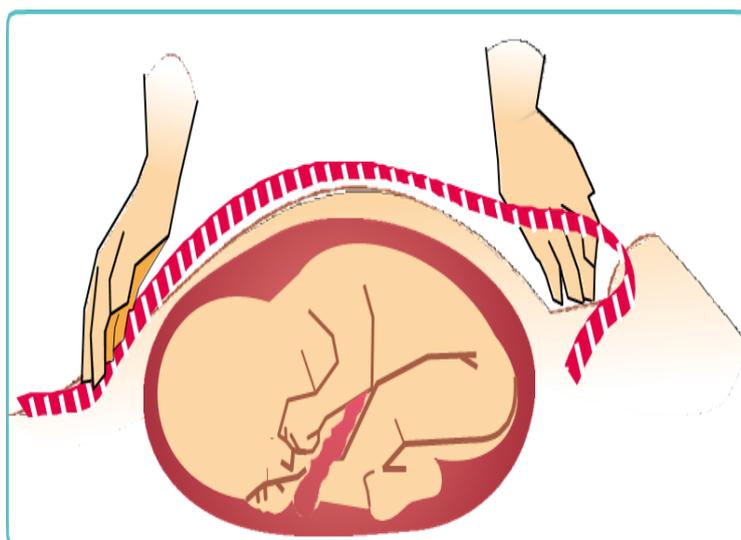
Visa o acompanhamento do crescimento fetal e a detecção precoce de alterações. Correlaciona-se a medida da altura uterina com as semanas gestacionais. O gráfico do crescimento uterino está disponível para uso no verso do Gravidograma da carteira de pré-natal da gestante. O resultado estará adequado quando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



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.



1.9.5. Controles fetais

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

Ausculta dos BCF

Tem por finalidade verificar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCF. Realizar a partir de 12 semanas com o auxílio do Doptone (Sonar *Doppler*).

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.

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 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.

1.10. Exame citopatológico do colo uterino na gestação

O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal (A). Apesar de a JEC no ciclo gravídico-puerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada.

Fonte: BRASIL, 2016d

Fluxos de encaminhamentos, se necessário:

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

- Se neoplasia (câncer): encaminhar para Telerregulação Avaliação Obstetrícia de risco.

1.11. Prescrição de suplementos

A suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer da criança, anemia e deficiência de ferro na gestante, além da prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural. MS, 2022h e OMS, 2016

Importante: nos casos já diagnosticados de anemia, o tratamento deve ser prescrito conforme a conduta clínica estabelecida para anemia definida pelo profissional de saúde responsável. Para maiores informações verificar orientações do capítulo de Anemias.

a) Suplementação de rotina do pré-natal (habitual):

- **Ácido fólico - 400 mcg/dia até o final da gestação:**

Apresentação disponível: 0,2mg/ml gotas

Obs.: cada mL= 20 gotas. Portanto 0,4 mg ou 400 mcg= **40 gotas.**

Recomenda-se, idealmente, iniciar pelo menos 30 dias antes de engravidar.

- **Sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia): 1 comprimido ao dia**

Obs.: na Farmácia Curitibana, o comprimido de sulfato ferroso corresponde a 40mg de ferro elementar.

- ✓ Gestantes: diariamente, após a confirmação da gravidez até o final da gestação.
- ✓ Mulheres no pós-parto e/ ou pós-aborto: diariamente, até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto.

**O esquema de administração da suplementação profilática
de sulfato ferroso e ácido fólico:**

Público	Conduta	Periodicidade
Gestantes	40 mg de ferro elementar	Diariamente, após a confirmação da gravidez até o final da gestação
	0,4 mg de ácido fólico	Diariamente, pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar e durante a gestação.
Mulheres no pós-parto e/ ou pós-aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente, até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto.

Fonte: baseado nos Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes, MS, 2022 e OMS, 2016

b) Recomendações em situações especiais:

Algumas condições maternas podem se beneficiar com a suplementação de ácido fólico em doses mais altas, a qual deve iniciar trinta dias antes da concepção e continuar até o final do primeiro trimestre de gestação. Considerar as especificidades de cada situação, visto que após esse período, em algumas situações, não há recomendações para uso de doses mais altas de ácido fólico.

1. Grupo de risco para deficiência de folato: orientar o uso de ácido fólico **5mg/dia** durante a **preconcepção** (pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar), **até a 12ª semana da gestação** para:

- Antecedentes de defeitos do tubo neural (DTN) pessoal ou familiar:
- Diabetes *mellitus* pré-gestacional;
- Obesidade com IMC > 35 kg/m²;
- Condições médicas maternas associadas à diminuição de absorção de ácido fólico avaliadas pelo profissional de saúde (doença celíaca, doença

inflamatória intestinal, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, cirurgias bariátricas, ressecção ou bypass intestinal importante).

- Obs.: Recomendações para suplementação na gravidez pós-bariátrica: para a maioria das mulheres, após a cirurgia bariátrica, é recomendada a suplementação de 400 mcg/d de ácido fólico no período préconcepcional e primeiro trimestre. Para as mulheres que apresentam obesidade ou diabetes, a dose de suplementação de ácido fólico é de 4 ou 5 mg/dia para o período periconcepcional e ao longo do primeiro trimestre. MS, 2022d
- Uso de terapia medicamentosa de anticonvulsivantes com ácido valpróico e carbamazepina. Especificamente, nestes casos, está recomendado a suplementação com ácido fólico 5 mg/dia durante toda a gestação.

2- Orientações específicas para Doença Falciforme (exceto traço falciforme):

- Nas mulheres com doença falciforme, não é comum a deficiência de ferro. Portanto, a suplementação rotineira de ferro da gestação deve ser evitada, a menos que a deficiência de ferro seja evidenciada por ferritina sérica baixa;
- Em relação a suplementação do ácido fólico: deve ser continuada durante a gravidez e em doses maiores do que as habituais (recomendado a dose de 5 mg/dia). Brasil, 2022e

c) Orientações gerais quanto ao uso dos suplementos:

Orientar as gestantes sobre a importância das suplementações, dos possíveis efeitos colaterais e da necessidade de manter a suplementação conforme as recomendações.

• Recomendações quanto ao ácido fólico:

- ✓ Além da suplementação, estimular o consumo na dieta de alimentos ricos em folato como: feijões, vegetais verde escuros (espinafre, brócolis couve, quiabo), couve-flor, beterraba, papaia, cogumelos, amendoim, abacate, castanhas, ovos, fígado, aves, carnes, frutas cítricas como a laranja, entre outros.

- ✓ Cuidar com as posologias suplementadas (seguir as recomendações do protocolo para cada grupo), pois há riscos associados tanto na deficiência quanto no excesso do ácido fólico:
 - A Deficiência do ácido fólico pode estar associado a: defeito do tubo neural; anemia megaloblástica; aborto espontâneo; pré-eclâmpsia e prematuridade.
 - O excesso (acima de 1mg/dia no grupo de risco habitual) pode estar relacionado a aumento de excreção de zinco nas fezes; depleção de vitamina B12 gerando resistência à insulina; redução de crescimento fetal; excesso de ganho de peso no 1º mês de vida em RNs PIG (risco de obesidade infantil). Febrasgo, 2021a
- **Recomendações quanto ao sulfato ferroso:**
 - ✓ Tomar o suplemento longe da ingestão de leite, do uso de antiácidos e cálcio;
 - ✓ Tomar o suplemento no mesmo horário, todos os dias, no mínimo de 30 minutos antes da refeição, de preferência com sucos ricos em vitamina C;
 - ✓ Em casos de anemia, a posologia do ferro deve ser ajustada conforme as recomendações detalhadas no capítulo de Anemias;
 - ✓ Estimular o consumo de alimentos ricos em ferro, tais como: carnes vermelhas, aves, suínos, peixes e mariscos; vegetais folhosos verde-escuros; feijão e a lentilha.
 - ✓ Efeitos colaterais: vômitos, diarreia, constipação intestinal, fezes escuras e cólicas.

1.12. 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, como aquela 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.

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para os quadros clínicos especiais, como imunodepressão, transplante, aids, intolerância aos imunobiológicos comuns devido à alergia ou a evento adverso grave depois de recebê-los, dentre outros. Para maiores informações ver Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

a) Orientações para gestantes expostas à varicela

Gestantes suscetíveis expostas à varicela deverão receber imunoglobulina antivaricela a qualquer tempo da gravidez. Deve ser utilizada até 96 horas após o contato, desde que atendidas as três condições seguintes: suscetibilidade, contato significativo e condição especial de risco, conforme definidas abaixo:

1. O comunicante deve ser suscetível:

a) Pessoas imunocompetentes e imunodeprimidos sem história bem definida da doença e/ou de vacinação anterior.

b) Pessoas com imunodepressão celular grave, independentemente de história anterior de varicela.

2. Deve ter havido contato significativo com o vírus varicela-zoster (VVZ):

a) Contato domiciliar contínuo: permanência junto com o doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado.

b) Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado, de pelo menos uma hora.

3. O suscetível deve ser pessoa com risco especial de varicela grave: gestantes.

Observações:

- ✓ O período de transmissibilidade da varicela inicia-se dois dias antes da erupção e termina quando todas as lesões estiverem em fase de crosta.
- ✓ A Imunoglobulina humana antivaricela zoster (IGHAVZ) não tem qualquer indicação terapêutica. Seu uso tem finalidade exclusivamente profilática.

Orientações para uso da IGHAVZ

- 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: 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), administrada nas primeiras 96 horas após ocorrido o contato, devendo ser aplicada por via intramuscular.
- Contraindicações: anafilaxia à dose anterior.
- Eventos adversos: locais (eritema, enduração e dor de intensidade leve são comuns); Sistêmicos (febre, sintomas gastrointestinais, mal-estar, cefaleia, exantema, ocasionalmente. Anafilaxia é rara). Fonte: BRASIL, 2019c

b) Vacinas **contraindicadas**

Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até o puerpério.
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação
Dengue	Não vacinar na gestação

Fonte: Sbm 2023/2024

c) Vacinas recomendadas na gravidez em **situações especiais**

Vacinas	Recomendações
Febre amarela	Não é rotineiramente indicada a gestantes. Porém, se há situação de risco, recomenda-se aplicar a vacina.
Meningococos (conjugada) (MCV4)	Não é de uso rotineiro na gestação, tendo em vista que não existem dados sobre segurança de seu uso durante a gravidez. Contudo, seu uso pode ser considerado para bloqueio de surtos, tanto a polissacarídea quanto a conjugada.
Pneumococos	Não é de uso rotineiro na gestação, mas pode ser utilizada, se necessário, principalmente em gestantes de risco, não previamente vacinadas.

Fonte: FEBRASGO, 2021b

Obs.: vacina contra a febre amarela: contraindicada em nutrízes até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias. SBIM

d) Vacinas recomendadas na gravidez

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.	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.	dTpa está recomendada em todas as gestações. Protege a gestante e evita que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido. dTpa a partir da 20ª semana da gestação. 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.	
Dupla adulto (difteria e tétano) dT Qualquer idade gestacional			
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	1º dose 2º dose (após 30 dias da primeira) 3º dose (após seis meses da primeira) Três doses, no esquema 0 - 1 – 6 meses	
Influenza (gripe)	Recomenda-se administrar essa vacina em qualquer idade gestacional para toda gestante e mulher até 42 dias após o parto, durante a campanha anual de vacinação.		
Vacina covid-19	Recomenda-se administrar essa vacina em qualquer idade gestacional para toda gestante e mulher até 42 dias após o parto.		

Fonte: SBIm,2023/2024 e BRASIL,2022a

Obs.: nos casos de gestantes **vivendo com HIV**, caso não haja histórico de vacinação completa para **Hepatite B** e se HBsAg for 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).

1.13. Diagnóstico nutricional de gestantes

A avaliação do estado nutricional da gestante deve ser realizada em todas as consultas do pré-natal. Dessa forma, será possível determinar metas adequadas de ganho de peso durante toda a gestação. Com base na avaliação do estado nutricional, a equipe de saúde deve realizar orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estado nutricional materno, as melhores condições para o parto e o peso adequado do recém-nascido. A hiperemese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes devem ser afastadas em gestantes com baixo peso. Para aquelas com sobrepeso e obesidade deve-se investigar edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla.

As gestantes com diabetes e aquelas que já na consulta de vinculação ao pré-natal apresentam IMC ≥ 30 deverão ser encaminhadas, com brevidade, em até 2 semanas, para avaliação e seguimento nutricional.

A construção a seguir foi baseada no Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde. BRASIL, 2022b

Para realizar o diagnóstico nutricional das gestantes e acompanhamento do seu estado nutricional será utilizado o IMC pré-gestacional, calculado a partir dos dados antropométricos extraídos do prontuário eletrônico ou autorreferidos, sendo ambos referentes ao período anterior à gestação (o limite máximo são 2 meses antes). Este IMC deverá ser classificado de acordo com o quadro abaixo e utilizado o gráfico de monitoramento para o Ganho de Peso Gestacional (GPG) correspondente a este diagnóstico.

Classificação do estado nutricional pré-gestacional e monitoramento do ganho de peso gestacional

IMC (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Gráfico de acompanhamento
<18,5	Baixo Peso	Gráfico na cor roxa
≥18,5 e <25	Eutrófico	Gráfico na cor verde
≥25 e <30	Sobrepeso	Gráfico na cor rosa
≥30	Obesidade	Gráfico na cor laranja

Fonte: BRASIL, 2022b

Após ter sido calculado o IMC pré-gestacional e a IG será realizado o acompanhamento do GPG a partir dos gráficos de monitoramento. Para saber o GPG da mulher no momento da consulta, deve-se realizar o seguinte cálculo:

$$\text{GPG} = \text{Peso medido na consulta} - \text{Peso ANTES da gestação}$$

As recomendações do GPG serão realizadas a partir da classificação do IMC pré-gestacional. O quadro abaixo apresenta as recomendações para o GPG até a 40^a semana de gestação.

Recomendações de ganho de peso gestacional de acordo com a classificação do estado nutricional pré-gestacional

IMC (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Recomendações de GPG (kg)
<18,5	Baixo Peso	9,7 - 12,2
≥18,5 e <25	Eutrofia	8,0 - 12,0
≥25 e <30	Sobrepeso	7,0 - 9,0
≥30	Obesidade	5,0 - 7,2

Fonte: BRASIL, 2022b

O GPG também pode ser acompanhado por trimestre. Nesse caso, é o ganho de peso acumulado em cada trimestre e não o ganho de peso em cada um dos trimestres. O quadro a seguir apresenta essas recomendações.

Faixas de recomendações de Ganho de Peso Gestacional segundo IMC pré-gestacional

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Faixa de adequação no gráfico (percentis)	Ganho de peso cumulativo (kg) por trimestre		
			Até 13 semanas (1º trimestre)	Até 27 semanas (2º trimestre)	Até 40 semanas (3º trimestre)
<18,5	Baixo peso	P18 – P34	0,2 a 1,2	5,6 a 7,2	9,7 a 12,2
≥18,5 e <25	Eutrofia	P10 – P34	-1,8 a 0,7	3,1 a 6,3	8,0 a 12,0
≥25 e <30	Sobrepeso	P18 – P27	-1,6 a -0,05	2,3 a 3,7	7,0 a 9,0
≥30	Obesidade	P27 – P38	-1,6 a -0,05	1,1 a 2,7	5,0 a 7,2

Nota: Até 13 semanas de gestação é esperado um pequeno ganho de peso para mulheres com baixo peso (até 1,2 kg) e eutrofia (0,7 kg). Nenhum ganho de peso é esperado para mulheres com sobrepeso ou obesidade. Para mulheres com eutrofia, sobrepeso e obesidade, pode ocorrer pequena perda de peso (máximo 1,5 kg) devido a náuseas e vômitos, comuns nesse período.

Fonte: BRASIL, 2022b

Conhecer o GPG esperado em cada semana gestacional é fundamental para fazer as recomendações para o ganho de peso, considerando a taxa de ganho por semana que a gestante precisa apresentar (observar no quadro o Ganho de peso gestacional cumulativo). Deve-se subtrair o ganho que a gestante já teve do ganho de peso cumulativo esperado até cada semana.

Por exemplo, se na 20ª semana gestacional é identificado que a mulher, em eutrofia, ganhou 2 kg, ao subtrair 6,3 kg (P34 para mulheres em eutrofia na 27ª semana) por 2 kg (peso já obtido), será encontrado o valor 4,3 kg. Logo, a gestante poderá ganhar mais 4,3 kg até a 27ª semana.

O que fazer em situações em que a gestante alcançar o valor máximo de ganho de peso dentro da faixa adequada antes de 40 semanas de gestação?

Neste caso, as recomendações serão diferenciadas para o ganho de peso nas semanas restantes da gestação. Cabe ressaltar que, durante a gestação, a perda de peso é contraindicada. O quadro abaixo apresenta as orientações para esta particularidade.

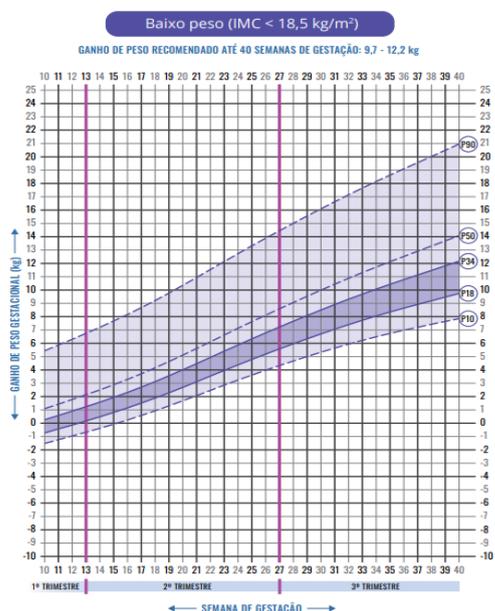
Recomendações de taxa de ganho gestacional semanal segundo o IMC pré-gestacional para mulheres que já atingiram o seu ganho de peso máximo:

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Taxa de ganho de peso por semana* (g)
< 18,5	Baixo peso	242
≥ 18,5 e < 25	Eutrofia	200
≥ 25 e < 30	Sobrepeso	175
≥ 30	Obesidade	125

Fonte: BRASIL, 2022b

O acompanhamento do GPG será realizado a partir do gráfico conforme a classificação do estado nutricional pré-gestacional (são 4 gráficos diferentes). A classificação do GPG será feita a partir dos percentis. A partir do diagnóstico nutricional da gestante e o GPG, deve-se utilizar o gráfico específico para o caso e verificar em qual percentil o ganho de peso se encontra.

CADERNETA DA GESTANTE
GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

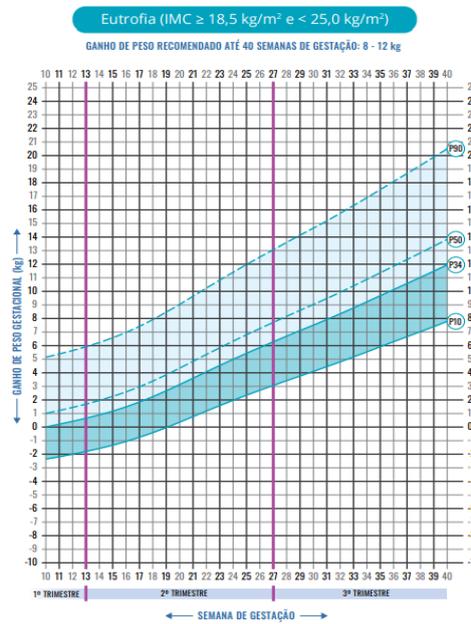
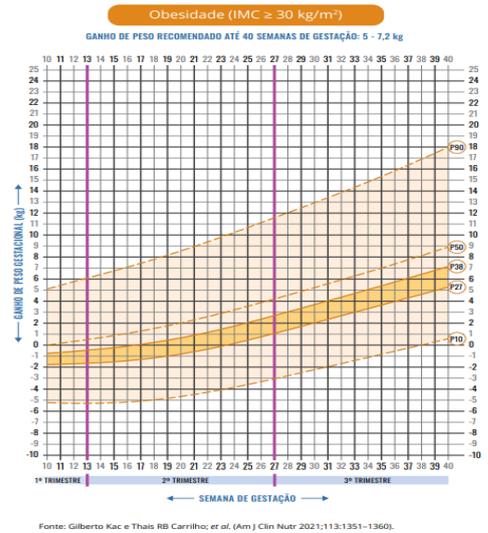
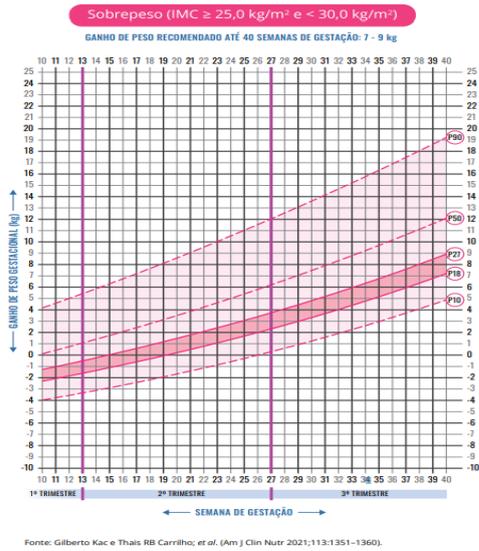


GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO



Fonte: BRASIL, 2022a

1.13.1. Situações específicas

Adolescente

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 à das adultas, ao passo que se ocorre há menos de dois anos, muitas gestantes poderão ser classificadas como de baixo peso. A avaliação e o registro dos dados antropométricos devem ser realizados, no mínimo, uma vez por ano.

Orientações gerais para atendimento para adolescentes:

- As estratégias e metas que irão guiar as mudanças que precisarão ser realizadas devem ser realizadas em conjunto com as adolescentes e, se necessário, a família deve ser envolvida neste planejamento.
- Deve-se observar também a possibilidade de associação entre os casos de risco e/ou desvio nutricional identificados com a existência de algum transtorno alimentar como bulimia, anorexia nervosa, entre outros, assim como problemas familiares que possam influenciar.

Fonte: adaptado do BRASIL, 2022b

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. Se 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 de Segurança Alimentar e Nutricional (SM SAN), entre outras.

1.13.2. 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
Adequado	Manter a alimentação adequada de acordo com as recomendações nutricionais.
Inferior ao recomendado	Investigar possíveis causas com atenção especial para o consumo insuficiente ou o alto gasto energético (excesso de atividade física, vômitos etc.) e orientar corretamente a gestante quanto à alimentação, visando o ganho de peso.
Superior ao recomendado	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: BRASIL, 2008

1.14. 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, 2013a

É fundamental que o profissional de saúde esteja atento às questões relacionadas à vulnerabilidade social e renda, à rede de apoio, à idade das gestantes e às condições de trabalho, a fim de promover uma orientação alimentar mais adequada. BRASIL, 2021b

Neste sentido, é essencial que os profissionais conheçam e divulguem os programas e estratégias de acesso aos alimentos da Prefeitura Municipal de Curitiba, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional.

A escolha dos alimentos:

Para adoção de práticas alimentares saudáveis, utiliza-se como base as informações do Guia Alimentar para a População Brasileira e Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes. BRASIL, 2015b e BRASIL, 2021b

Observar as orientações descritas no quadro abaixo, segundo os critérios estabelecidos para preferir, moderar e evitar na escolha alimentar.

<p>PREFERIR</p>	<p>Alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados</p>	<p>O que são? 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.</p> <p>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.</p> <p>Quais são esses alimentos? Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos <i>in natura</i> 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.</p>
------------------------	---	---

<p>MODERAR</p>	<p>Alimentos processados</p>	<p>O que são? Alimentos fabricados pela indústria, com adição de sal ou açúcar, para aumentar a durabilidade e melhorar o sabor.</p> <p>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 <i>in natura</i> ou minimamente processados.</p> <p>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.</p>
<p>EVITAR</p>	<p>Alimentos ultra processados</p>	<p>O que são? 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>Por que moderar o consumo? 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>Quais são esses alimentos? 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.
- Estimular o uso de temperos naturais como cheiro-verde, alho, cebola, louro, pimenta do reino, etc., para dar mais sabor e reduzir o excesso de sal;
- 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.).

Líquidos

Beber água, no mínimo 6 a 8 copos. Preferir o consumo no intervalo das refeições. Evitar consumo de bebidas adoçadas como refrigerante, suco de caixinha, suco em pó e refrescos.

Em relação ao consumo de cafeína, uma ingestão segura não deve ultrapassar 100mg de cafeína, o que equivale a uma xícara de café ou chá com cafeína (como chá mate, chimarrão, chás preto e verde, etc.) por dia, e que seja feita preferencialmente sem a adição de açúcar ou com o mínimo possível.

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*.

1.15. 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 hiper vascularização gengival e o refluxo gastroesofágico. 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 relaciona-se principalmente a 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 PNO, o profissional deve avaliar 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 que circundam o dente (gengiva, osso e ligamento periodontal).

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 mal oclusões. Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular de sucção favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

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, a higiene bucal passa a ser obrigatória após cada alimentação e amamentação da criança.

Cárie Precoce da 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. A substituição do aleitamento materno por mamadeiras contribui muito para o surgimento das cáries precoces da infância. 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, com cerdas macias e dentifrício de no mínimo 1000 partes por milhão de flúor. A quantidade de dentifrício 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 de idade 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 superior decorrente do aleitamento materno.

Erupção dos dentes

É um processo fisiológico que se inicia por volta dos seis meses de idade. 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 37,7Cº) 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, 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 família seja estimulada a levar a criança ao dentista para uma primeira avaliação mesmo que ainda não tenha dentes erupcionados.

1.16. 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.

Determinação da gravidade das náuseas e vômitos durante a gravidez.
Score de PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)
1 – Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – até 4 horas (2) – até 8 horas (3) – até 12 horas (4) – > de 12 horas (5)
2 – Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?
Nenhum (1); 1 episódio (2); até 3 episódios (3); até 4 episódios (4); Mais de cinco (5)
3 – Em quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?
Nenhum (1); até 3 vezes (2); até 5 vezes (3); até 8 vezes (4); todo o tempo (5)
Classificação: pontuação ≤6 – forma leve; entre 7 e 11 – forma moderada; ≥12 – forma grave.

Fonte: BRASIL, 2022d

Nas formas leves das náuseas e dos vômitos da gestante, as medidas não farmacológicas e farmacológicas por via oral apresentam bons resultados rapidamente, e o tratamento deve ser ambulatorial. Nas formas moderadas e graves, a gestante deve ser abordada de maneira multidisciplinar em ambiente hospitalar. BRASIL, 2022d

Orientar:

- Fazer as refeições em horários semelhantes todos os dias. Evitar ficar muitas horas sem comer. São recomendadas refeições frequentes (cada uma a duas horas) e em pequenas quantidades;
- Alimentar-se logo ao acordar. Ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal e torrada;
- Evitar alimentos picantes, gordurosos e 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.

Câimbras

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's.

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-se 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 auxílio da equipe de fisioterapia de apoio à Atenção Primária. 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 infecção de trato urinário;
- Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.

Orientar e tranquilizar a gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma. Nos 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 membros inferiores (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;
- 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-se 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 trombose venosa profunda; 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.

1.17. 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 conceptos, exigindo maiores cuidados neonatais. FEBRASGO, 2014

Compete à 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 o auxílio dos matriciadores da psicologia e psiquiatria de apoio à Atenção Primária, que poderão auxiliar no gerenciamento destes casos.

1.18. Saúde mental

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

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 dela. 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 relacionado 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, 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 deles. 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 de apoio da atenção primária, 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 apoiador de referência do território e CAPS (via telefone). Como orientação geral, utilizar a mínima dose terapêutica. 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 valproíco;
- 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

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, taquipneia 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 apneia 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

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
 - Atravessa 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. Benzodiazepínicos, de meia vida curta e alta potência, podem ser usados esporadicamente no intervalo entre as mamadas, mas sob orientação médica.

Fonte: BRASIL, 2010

1.19. 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 UBS 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 UBS e, se necessário, nos serviços de referência;
- Participar das oficinas durante o pré-natal;
- Adequar hábitos alimentares de acordo com as orientações nutricionais
- Comparecer às consultas do Programa de Saúde Bucal da UBS;
- Participar 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.

1.20. 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-se, 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, joelho semi-fletidos e quadril encaixado;

- Para sentar-se, busque sempre apoiar toda coluna no encosto da cadeira e os pés no chão;
- Ao dormir, procure deitar-se 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 UBS;
- Retorne lentamente à sua rotina de exercícios após o nascimento do seu bebê, mas sempre com a autorização médica.

1.21. Segurança no trânsito

As recomendações abaixo foram baseadas na publicação da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego e Associação Médica Brasileira da Diretriz: Segurança no trânsito durante a gravidez e puerpério.

Sugere-se incluir no pré-natal as seguintes orientações quanto a direção de veículos: a manter o foco, a evitar velocidade excessiva e a obedecer a sinalização.

Segundo o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) não estão previstas restrições para as gestantes na condução veicular, independentemente da idade gestacional. Porém, determina que estas tenham sempre o domínio de seu veículo, dirigindo-o com atenção e cuidados indispensáveis à segurança do trânsito. É obrigatório o uso do cinto de segurança inclusive para gestantes.

Acidentes de trânsito envolvendo gestantes são mais complexos, pois as mudanças fisiológicas e adaptações do organismo materno podem mascarar sinais comuns de perda sanguínea como taquicardia e hipotensão; o crescimento uterino pode levar a alterações na posição da direção como a distância entre o volante e o abdômen, aumentando o risco de impacto direto e maior possibilidade de lesões.

Orientar a gestante sobre a importância de sinalizar quanto ao uso de qualquer medicamento, para que a equipe de saúde possa avaliar quanto aos possíveis riscos na direção veicular. Nestas situações, pode-se ajustar as doses, os horários da medicação ou a sua substituição por outro com menos efeito colateral.

Deslocamentos de automóvel durante a gravidez

São comuns no início da gestação o aparecimento de sonolência, cansaço, náuseas e vômitos, os quais podem dificultar a concentração e interferir na segurança da direção veicular. À medida que a gestação evolui, outros sintomas podem surgir, tais como: câimbras, contrações abdominais, movimentação fetal, entre outros.

Aconselhar a evitar direção por longos trajetos, a viajar acompanhada, programar paradas para movimentar-se e na presença de mal-estar, encostar o carro e pedir ajuda ao acompanhante para assumir a direção ou, se estiver sozinha, pedir ajuda a terceiros.

Em casos de viagens, orienta-se a decisão conjunta entre a grávida e o pré-natalista considerando: a distância a ser percorrida, o local a ser visitado, o potencial risco de exposições às doenças (endemias, epidemias, altitudes elevadas), bem como os limites da assistência médica local. Se houver riscos, recomendar a viagem após o parto. Nos casos de viagens superior a quatro horas, na condição de passageira, orientar o uso de meias de compressão, a movimentar os membros inferiores, a manter o ar circulando no carro, a utilizar os equipamentos de segurança e a ingerir alimentos e líquidos regularmente.

Orientar quanto aos riscos da sonolência na direção veicular, que podem advir da própria gestação ou durante o uso de alguns medicamentos como: antieméticos,

sedativos, barbitúricos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, relaxantes musculares, hipoglicemiantes e outros. Assim como o álcool e a privação do sono, em especial nas que trabalham em turnos ou períodos noturnos.

Atenção para as gestantes com diabetes em relação a hipoglicemia, pois esta pode cursar com sintomatologia (sudorese, náuseas, tonturas, dificuldades na atenção, obnubilação visual e síncope) que pode interferir na habilidade de dirigir e, especialmente, quando for iniciar o uso da insulina ou ter ajustes na posologia ou mudanças nos esquemas terapêuticos. Não se deve dirigir se a glicemia estiver abaixo de 70mg/dl.

Em relação à epilepsia e/ou uso de anticonvulsivantes, é importante considerar a adesão ao tratamento e o período sem crises.

Deslocamentos de motocicleta durante a gravidez

Incentivar as gestantes a utilizar um meio de transporte mais estável. Os acidentes podem resultar em lesões mais graves, tanto maternas quanto fetais. As gestantes estão mais passíveis às quedas devido à alteração do centro de gravidade.

Equipamentos de segurança

Estimular o uso adequado dos equipamentos de segurança, como cinto de segurança e *airbag*. Embora existam relatos de lesões maternas e fetais decorrentes do uso do cinto de segurança, este equipamento deve ser incentivado, pois fornece mais benefícios do que riscos para a mãe e o feto em caso de colisão.

Como usar o cinto de segurança de três pontos na gravidez:

- O cinto abdominal deve ser colocado na altura dos quadris e abaixo do útero;
- O cinto do ombro deve passar entre as mamas, acima e lateralmente ao útero.

Certo:

- 1 – Banco posicionado na posição vertical de forma confortável.
- 2 - Manter a maior distância possível entre o abdômen e o volante, evitando o contato direto
- 3 – Posicionar-se com distância adequada entre o volante e os pedais.



Uso correto do cinto:

- 1- O cinto deve passar longe do pescoço, mas não fora do ombro.
- 2- Faixa diagonal posicionada no terço médio da clavícula, passando entre as mamas e lateralmente ao útero, certificando-se de não haver nenhuma folga.
- 3- Faixa subabdominal posicionada o mais abaixo possível da protuberância abdominal.



Uso incorreto do cinto:

1 e 2 posicionados inadequadamente



Fonte: baseado NHTSA modificado e Diretriz Cinto de segurança ABRAMET

1.22. 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:

- Apresentar e trabalhar o *checklist* do Pré-natal seguro detalhado nas páginas 6 a 9 da Carteira de pré-natal;
- Ressaltar a importância de realizar o pré-natal e do seu início precoce, da assiduidade, da realização dos exames, da visita à maternidade, da participação nas oficinas, de estar com o calendário vacinal em dia, da consulta na saúde bucal já no começo da gestação e das recomendações de segurança no trânsito;
- Cuidados maternos durante a gestação: orientações nutricionais e de atividade física, cuidados de higiene e atividade sexual, medidas de prevenção da infecção urinária, sinais de alerta na gestação, maternidade e paternidade responsável - redução de danos: orientações quanto ao uso de drogas e tabaco; uso de medicamentos sob a supervisão da equipe de saúde, etc.;
- Orientações quanto à atividade sexual, incluindo as medidas de prevenção das IST's;

- Enfatizar a importância da participação da parceria sexual durante a gestação e o parto.

2º Trimestre:

- Orientar sobre as mudanças maternas durante a gestação: físicas, hormonais, sexuais e emocionais;
- Informar sobre os direitos da família no período da gestação, do parto e puerpério e da amamentação, que estão mencionadas nas páginas 51 a 54;
- Importância e cuidados no aleitamento materno, lembrando dos riscos das transmissões verticais, estimulando o uso do preservativo neste período;
- Reforçar as orientações das equipes de saúde na presença de comorbidades, tais como: diabetes, hipertensão, obesidade, dentre outras;
- Orientações sobre o planejamento reprodutivo e escolha do método anticoncepcional para o pós parto;
- Orientar sobre as buscas de atendimento, além das consultas habituais do pré-natal, na presença de intercorrências, tanto na Unidade de Saúde quanto na maternidade de referência, conforme detalhamento, na página 5, da Carteira de pré-natal.

3º Trimestre:

- Orientar sobre a movimentação fetal e realização do mobilograma, se necessário;
- Instruir sobre o “Meu Plano de Parto” especificado na Carteira de pré-natal nas páginas 78 a 81;
- Esclarecer sobre a identificação do trabalho de parto, dos seus sinais e sintomas, que estão descritas na página 72 da Carteira de pré-natal;
- Orientações de quando buscar atendimento na maternidade. Ver página 5 da Carteira de pré-natal;
- Incentivar a participação da parceria durante a gestação, no trabalho de parto e parto;
- Trabalhar o Plano Puerperal e a rede de apoio, descritos na página 49 da Carteira de pré-natal;
- Cuidados no pós-parto imediato e no puerpério, tais como: cuidados com a mama e com a higiene íntima, dos sinais de alerta e das possíveis complicações neste período e das recomendações do retorno à atividade sexual;

- Ressaltar a importância das consultas puerperais, do planejamento reprodutivo e do controle dos agravos identificados durante a gestação como hipotireoidismo, diabetes *mellitus* gestacional, hipertensão, etc.;
- Orientações sobre o aleitamento materno;
- Cuidados com o bebê, da importância do acompanhamento na Unidade de Saúde após o nascimento (da puericultura) e das medidas preventivas, como vacinação.

1.23. 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. BRASIL, 2016f

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.

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 da parceria, para que 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 triglicérides: 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 da parceria sexual.

Vacinar conforme a situação vacinal encontrada

A parceria sexual, 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= Peso-kg/Altura m²): 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 da parceria durante a gestação: importância das consultas de pré-natal, dos exames, da visita à maternidade, da participação nas oficinas, orientações nutricionais e de atividade física;
- 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 parceria;
- Sinais de parto, quando procurar a maternidade. Importância da participação da parceria e da preparação para o parto;
- A parceria sexual deve ser convidada para a visita programada à maternidade.
- Cuidados com o bebê: higiene/banho, sono, carinho e atenção. Vínculo e participação 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 a parceria sexual nunca deve ser vista como uma “visita”, mas como protagonista desta família;
- Convidar a parceria a engajar-se no método canguru, caso o recém-nascido seja prematuro;
- Valorizar a participação do pai/parceria sexual em ações simples durante todo o trabalho de parto, como o suporte, realizando o clampeamento (corte) 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:

- Até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira;
- Por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica;
- 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>>

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

2. Intercorrências clínicas e obstétricas no pré-natal

2.1. Anemias na gestação

O rastreamento de anemia deve ser para todas as gestantes. Deve ser solicitado o hemograma no momento da vinculação do pré-natal e repetido a cada trimestre gestacional. Define-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. Anemia por deficiência de ferro

A deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia afetando cerca de 40% das gestantes. A etiologia mais frequente dessa deficiência é a carência alimentar e perda aguda por hemorragia. Perda crônica de sangue, como nas parasitoses intestinais, deficiência na absorção intestinal também podem ser responsáveis por essa anemia.

Diagnóstico:

Nos casos de anemias graves podem estar presentes sintomas como: palidez cutâneo-mucosa, astenia, cansaço fácil e o achado de sopro sistólico suave.

No hemograma, a anemia por deficiência de ferro, via de regra, manifesta-se com microcitose (VCM <80fL) e hipocromia (HCM <26 pg). Entretanto, nas fases iniciais a normocitose e normocromia podem estar presentes. O uso da ferritina só

se justifica quando a etiologia da anemia não é clara. Níveis de ferritina abaixo de 30 mcg/L são compatíveis com baixa reserva de ferro, enquanto nos quadros de anemia ferropriva seus valores se encontram abaixo de 12 mcg/L.

Manejo na anemia ferropriva:

<p>Anemia leve a moderada (Hemoglobina \geq 9 g/dL e \leq 11 g/dL).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento com ferro por via oral é a primeira escolha. A dose de ferro elementar a ser alcançada deve ser de 160 a 200 mg/dia, mas é importante o aumento gradual da dose para a prevenção de efeitos colaterais com o tratamento. Considerar, na suplementação de sulfato ferroso, as diversas tomadas durante o dia, por exemplo: 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); • Nessas doses, espera-se um aumento de 1 g na hemoglobina a cada 4 semanas. Por isso, a resposta à terapêutica pode ser avaliada a partir de 2-3 semanas após o início da dose terapêutica, e é importante de ser avaliada para a identificação precoce das não respondedoras à terapia oral. • Repetir o hemograma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se níveis de hemoglobina em elevação- manter o tratamento. Após os níveis de hemoglobina alcançarem níveis superiores a 10,5 g/dL, a dose de ferro elemento pode ser reduzida para 60 a 80 mg/ dia como terapia de manutenção e mantida até o puerpério. ✓ Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda (refratária ao tratamento) - encaminhar para avaliação da Obstetrícia de risco.
<p>Anemia grave (Hemoglobina < 9 g/dl)</p>	<p>Iniciar o tratamento e encaminhar para Telerregulação Avaliação Obstetrícia de risco.</p>

Fonte: BRASIL, 2022d

2.1.2. Hemoglobinopatias:

Engloba diversas doenças genéticas, com alteração na produção da hemoglobina, divididas basicamente em: doença falciforme e talassemia.

O rastreamento no pré-natal será pela **Pesquisa de Hemoglobinas variantes**, preconizada como rotina, na vinculação ao pré-natal, cujas possibilidades são:

- ✓ “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.

Os tipos normais de hemoglobina são:

- Hemoglobina A - representa 95% a 98% da hemoglobina encontrada em adultos;
- Hemoglobina A2 - cerca de 2% a 3% da hemoglobina total em adultos;
- Hemoglobina F - até 2% da hemoglobina total em adultos. É a principal hemoglobina produzida pelo feto durante a gestação. Sua produção diminui muito após o nascimento.

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, 2019

Relação entre o diagnóstico/genótipo:

Para fins de ajudar no esclarecimento, segue a tabela a seguir:

Diagnóstico	Determinação do genótipo
Padrão normal	Hb AA
Doença falciforme	Hb SS, Hb SC, Hb SD, Hb S/ β tal.
Traço falciforme	Hb AS
Traço	Hb AC, Hb AD, Hb E

Fonte: Doença Falciforme. Conhecer para cuidar. MS, 2015

Níveis de hemoglobina e achados na Eletroforese de hemoglobina na doença e traço falciforme:

	Hb (g/dL)	Genótipo (%)				
		HbS	HbA	Hb A ₂	HbF	HbC
Doença Falciforme						
SS	6-9	>90	0	<3,5	<10	0
SC	9-14	50	0	<3,5	≤1,0	45
Sβ ⁰ -Talassemia	7-9	>80	10-30	>3,5	<20	0
Sβ ⁺ -Talassemia	9-12	>60		>3,5	<20	0
Traço Falciforme						
AS	Normal	≤40	>60	<3,5	≤1,0	0

Fonte: YAWN, 2014.

Nota: Hb = hemoglobina; HbF = hemoglobina fetal; g/dL.

Fonte: Manual de Gravidez de Alto Risco, MS, 2022

Traço falciforme (TF):

Neste caso, ocorre a presença de um padrão genético AS (heterozigose), o qual não produz manifestações da doença falciforme.

Quando um dos pais for portador de TF, o casal terá 50% de probabilidade de ter filho com o gene Hb AA (normal) e 50% de ter filho com o gene Hb AS (portador de TF), em cada gestação.

É necessário fornecer informações e orientações que respeitem os direitos sexuais e reprodutivos dos portadores de traço falciforme, de tal modo que os indivíduos conheçam sua condição genética e possam decidir livremente sobre seu futuro reprodutivo. MS, 2015

Doença falciforme:

O padrão genético é autossômico recessivo. A doença se manifesta quando o gene da globina beta S está em homozigose (Hb SS), ou quando está em heterozigose, associada com outras variantes, como Hb C, Hb D e Hb E, ou ainda na interação com a talassemia beta. Essas combinações têm manifestações

clínicas e hematológicas semelhantes, apesar das singularidades que as diferenciam.

A **anemia falciforme** caracteriza-se pela presença do gene da globina beta em **homozigose** (SS), por anemia hemolítica crônica e presença de fenômenos vasoclusivos, os quais ocasionam crises dolorosas agudas e lesões progressivas.

Quadro clínico e as causas de óbito relacionadas a Doença falciforme:

	Sintoma ou Sinal	Fase da vida		
		Bebê e Criança	Adolescente	Adulto
Principal quadro clínico	Maior risco de infecção	■		
	Dactilite Falciforme (Síndrome mão-pé)	■		
	Sequestro Esplênico	■		
	Síndrome Torácica Aguda (STA)		■	■
	Infecções		■	
	AVC		■	
	Degeneração crônica dos órgãos			■
	Crises Álgicas			■
	Úlceras de perna		■	■
Principais causas de óbito	SEPSE	■		
	Sequestro Esplênico	■		
	Síndrome Torácica Aguda (STA)	■	■	■
	Degeneração crônica dos órgãos			■

Fonte: Doença Falciforme. Conhecer para cuidar. MS, 2015

Doença falciforme - gestação

- A doença falciforme não é impeditiva para gravidez, mas pode gerar riscos materno-fetais.
- Há piora da anemia, maior incidência de placenta prévia e de descolamento prematuro de placenta e os abortos são mais frequentes.
- A pré-eclâmpsia é cerca de cinco vezes mais frequente, contribuindo para o parto pré-termo ou prematuro.
- A ocorrência de crises de dor, quadros infecciosos e a síndrome torácica aguda são condições de gravidade e que podem levar ao óbito.
- O início do pré-natal deve ser precoce.

Suplementações no pré-natal:

- A suplementação de ferro deve ser evitada, a menos que a deficiência de ferro seja documentada por um baixo nível de ferritina sérica, pois esta deficiência

não é comum nas mulheres com doença falciforme, visto que transfusões sanguíneas frequentes resultam em estoques adequados.

- A suplementação com ácido fólico é recomendada, em uma posologia maior que a habitual, isto é, de 5 mg/dia.
- Estratificação de risco: alto risco gestacional

Fonte: Doença Falciforme. Conhecer para cuidar. MS, 2015 e Principais Questões sobre Gestação na Doença Falciforme, FIOCRUZ, 2022.

Talassemias

Pessoas com talassemia apresentam anemia microcítica e hipocrômica, de intensidade variável com o grupo e subgrupo da doença.

Apesar de existir três subgrupos da talassemia alfa, na gestação somente o traço talassêmico e a doença da hemoglobina H podem ser observadas, pois o terceiro tipo, o mais grave, leva a hidropisia fetal e óbito intrauterino. A maioria dos casos com talassemia alfa é assintomática, já na doença da hemoglobina H podem ocorrer episódios hemolíticos agudos, crises aplásticas, sobrecarga de ferro e hiperesplenismo.

Importante investigar, adequadamente, as anemias microcíticas e hipocrômicas não responsivas ao tratamento inicial com ferro, pois o uso prolongado de medicações com componentes férricos pode piorar a doença de base.

2.2. Asma na gestação

A queixa de dispneia é comum na gestação e deve ser cuidadosamente avaliada pois em 25% dos casos pode corresponder à asma subdiagnosticada. A asma é a doença respiratória mais comum que complica a gravidez, afetando de 2% a 13% das gestantes. A gravidez pode estar associada a mudanças no curso da asma e a mesma pode afetar o resultado da gravidez. O principal fator prognóstico para o quadro clínico materno é o controle da asma pré-gravídico. Pacientes com asma mal controlada tendem a apresentar mais intercorrências na gestação. Outro fator comum de piora clínica materna é o abandono do tratamento

pela gestante, por temor quanto à segurança das medicações. Gestantes asmáticas com bom controle da doença apresentam riscos semelhantes aos das gestantes não asmáticas. A asma bem controlada não impede parto vaginal. A asma está fortemente associada a abortamento espontâneo, pré-eclâmpsia, hemorragias pré-parto e pós-parto, prematuridade, restrição de crescimento fetal e mais risco de parto cesariana naquelas com asma grave. Exacerbações de asma no 1º trimestre da gestação têm sido relacionadas a risco de malformações fetais, principalmente cardíacas, musculoesqueléticas e de trato digestivo. Febrasgo, 2021c

2.2.1. Classificação:

1- Considera-se a asma conforme os critérios abaixo:

Sintomas diurnos mais de duas vezes por semana
Despertares noturnos por asma
Medicação de resgate mais de duas vezes por semana
Limitação das atividades por asma

Fonte: Febrasgo, 2021c

- Não controlada: apresenta três ou mais critérios alterados.
- Parcialmente controlada: apresenta um ou dois critérios alterados.
- Controlada: controle de todos os critérios.

2- Quanto a gravidade: leve, moderada ou grave, conforme o histórico da paciente e o nível terapêutico necessário para o controle dos sintomas.

- **A asma é considerada intermitente** se, sem tratamento, qualquer uma das seguintes situações ocorrer:
 - Sintomas (dificuldade em respirar, chiado no peito, aperto no peito e tosse):
 - Ocorre em menos de 2 dias por semana.
 - Não interfira com as atividades normais.
 - Os sintomas noturnos ocorrem em menos de 2 dias por mês.

- Os testes de função pulmonar são normais quando a pessoa não está tendo um ataque de asma. Os resultados desses testes são 80% ou mais do valor esperado e variam pouco da manhã à tarde.
- **Asma persistente leve:** é considerada se, sem tratamento, qualquer uma das seguintes condições ocorrer:
 - Os sintomas ocorrem em mais de 2 dias por semana, mas não ocorrem todos os dias.
 - Os ataques interferem nas atividades diárias.
 - Os sintomas noturnos ocorrem 3 a 4 vezes por mês.
 - Os testes de função pulmonar são normais quando a pessoa não está tendo um ataque de asma. Os resultados desses testes são 80% ou mais do valor esperado e podem variar um pouco da manhã à tarde.

Na asma leve a paciente utiliza pouca medicação, controla com corticoides inalados em dose baixa e moderada.

- **Asma persistente moderada:** é considerada se, sem tratamento, qualquer uma das seguintes situações ocorrer:
 - Os sintomas ocorrem diariamente. A medicação inalatória para asma de ação curta é usada todos os dias.
 - Os sintomas interferem nas atividades diárias.
 - Os sintomas noturnos ocorrem mais de 1 vez por semana, mas não todos os dias.
 - Os testes de função pulmonar são anormais (mais de 60% a menos de 80% do valor esperado).

Na asma moderada a paciente necessita de maior quantidade de medicação para controle da asma, já usam corticoides inalatórios em doses moderadas com broncodilatadores de longa duração.

- **Asma persistente grave:** considerada se, sem tratamento, qualquer uma das seguintes situações ocorrer:
 - Ocorre ao longo de cada dia.
 - Limite severamente as atividades físicas diárias.
 - Os sintomas noturnos ocorrem com frequência, às vezes todas as noites.

- Os testes de função pulmonar são anormais (60% ou menos do valor esperado).

A asma é grave quando apesar da utilização de altas doses de duas ou três medicações de controle associadas, ainda ocorrem sintomas, exacerbações e limitações no dia a dia.

2.2.2. Orientações:

a) Não farmacológicas:

A educação da paciente é parte fundamental da terapêutica da asma. Devem-se considerar os aspectos culturais e orientar a importância do tratamento da inflamação das vias aéreas ao longo prazo, ensinar o uso correto do dispositivo inalatório, revisando a técnica inalatória em cada consulta.

Avaliar os fatores desencadeantes como tabagismo, pets (animais), poeira, tapetes e cortinas, frio extremo, atividades físicas intensas e outros.

b) Orientações terapêuticas:

Não se justifica suspender o tratamento de manutenção da asma na gravidez. A paciente deve ser orientada de que não há evidências de teratogenicidade associada aos fármacos utilizados no tratamento da asma e, por sua vez, asmáticas mal controladas apresentam mais chance de complicações na gestação e malformação fetal. Febrasgo, 2021c

Os princípios da terapia farmacológica para a asma durante a gravidez são semelhantes aos de pacientes não grávidas. Os dois objetivos principais do manejo da asma servem para otimizar a saúde materna e a fetal:

- Prevenção de exacerbações agudas;
- Otimização do controle contínuo da doença.

O tratamento de manutenção da asma é baseado no princípio de *step up/step down*, ou seja, as medicações devem ser associadas ou descalonadas progressivamente, de acordo com a resposta da paciente. Febrasgo, 2021c

Terapia de manutenção da asma:

O tratamento de manutenção da asma envolve o uso crônico de corticosteroides inalatórios.

- **Corticosteroide inalatório (CI): BECLOMETASONA.** Medicamento da Farmácia Curitibana e disponível nas UBS.
 - Apresentação aerossol
 - Dose inicial de 250 µg, de 12/12 h
 - Dose diária: 250 a 1.000 µg
 - Ação anti-inflamatória mais efetiva no tratamento da asma, sendo a primeira opção de medicação. Efeitos colaterais: rouquidão e candidíase oral (evitada com lavagem bucal após o uso da medicação).
- **Segunda linha no tratamento da asma:**

Associações beta-2-agonista de longa duração + corticosteroide inalatório: Formoterol + budesonida 12/400 µg.

Obs.: medicamento padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e disponibilizado pela Farmácia Especial do Estado nas seguintes apresentações: formoterol 12 mcg+budesonida 400 mcg cap inalante; formoterol 12 mcg budesonida 400mcg pó inalante; formoterol 6 mcg+budesonida 200 mcg 120 doses; formoterol 6mcg+budesonida 200mcg cap inalante e formoterol 6 mcg+budesonida 200 mcg pó inalante. Para maiores informações consultar o link: <<https://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>>

- Dose diária: uma a duas inalações/dia

Tratamento das exacerbações asmáticas:

Pacientes com asma bem controlada podem apresentar **sintomas eventuais** e, para tais situações, são sempre necessárias a prescrição e a orientação quanto ao uso correto de medicações de resgate

- a) **β-2 agonista de curta duração (SABA): SALBUTAMOL 100 µg.** Medicamento padronizado na Farmácia Curitibana.
 - Apresentação aerossol
 - Inalação de dois a seis jatos, em seis horas.

b) Corticosteroides sistêmicos: para a resolução mais rápida da exacerbação e da prevenção de recorrência, são indicados em crises graves, com ausência de melhora dos sintomas após inalação, e para as pacientes que estavam utilizando corticosteroide ou que os utilizaram recentemente. Uso de ciclos curtos de prednisona (40 a 60 mg/dia, por cinco a sete dias) pode ser necessário para controlar os sintomas. Em pacientes refratárias às demais medidas, há a opção de ciclo longo de corticosteroide sistêmico em baixa dose, porém com risco de efeitos colaterais sistêmicos. Uso de corticosteroide sistêmico no primeiro trimestre parece correlacionar-se a risco aumentado de fenda palatina.

Fonte: adaptado da Febrasgo, 2021c

Prednisona 20 mg comprimido - Medicamento padronizado na Farmácia Curitibana.

Estratificação de risco gestacional:

- **Asma leve:** médio risco. Acompanhamento gestacional compartilhado entre a equipe de saúde da UBS e a referência médica distrital já estabelecida para ginecologia e obstetrícia. Vinculação hospitalar conforme estratificação e evolução do risco gestacional (maternidade de baixo risco OU hospital de alta complexidade).
- **Asma moderada/grave:** estratificar como alto risco gestacional. Encaminhar para Telerregulação Avaliação da Obstetrícia de risco. Vincular em Hospital de alta complexidade.

A gestante deve ser acompanhada com avaliações mais frequentes do controle da asma.

2.3. Crescimento intrauterino restrito e Macrossomia fetal

2.3.1. Crescimento intrauterino restrito (CIUR)

A restrição do crescimento fetal é definida através do percentil de peso em relação à idade gestacional. Segundo a OMS, considera-se quando o peso fetal

estiver menor que o percentil 3 para a idade gestacional e o *American College of Obstetrics and Gynecology*, inferior ao percentil 10.

A complexidade está na separação entre o constitucionalmente pequeno para a idade gestacional (PIG) e o RN com restrição de crescimento (patológico), o qual está predisposto a maior morbimortalidade.

Alguns fatores de risco associados a CIUR: baixo peso materno pré-gravídico; anomalias uterinas; uso abusivo de tabaco, álcool ou outras drogas; quadros infecciosos (como toxoplasmose, citomegalovírus, sífilis, etc.); quadros hipertensivos; doença renal crônica, cardiopulmonar e autoimune; anemias; diabetes *mellitus*; gemelaridade; anomalias cromossômicas; malformações, etc.

Para que haja a suspeita da restrição de crescimento e sua confirmação, é fundamental a determinação da idade gestacional, cuja precisão é melhor através da ultrassonografia, principalmente se esta for precocemente realizada na gestação.

O diagnóstico pode ser realizado por meio dos dados clínicos e da propedêutica auxiliar. Entre os dados clínicos, ressalta-se a anamnese cuidadosa do pré-natal na busca da identificação de possíveis fatores de riscos. No exame físico, a mensuração cuidadosa e seriada da altura uterina, a palpação uterina e o ganho de peso materno inadequado materno podem ajudar no rastreamento da restrição.

Na suspeita de CIUR, a ultrassonografia deve ser usada para confirmar ou excluir o diagnóstico. A estimativa de peso fetal é o melhor estudo para rastrear e diagnosticar. Isoladamente, a circunferência abdominal é a medida de maior sensibilidade para a detecção, pois esta é menor na presença restrição do crescimento, em virtude da diminuição do tamanho do fígado.

Importante!

Em casos suspeitos de CIUR, tem-se o suporte do apoiador distrital em ginecologia e obstetrícia para avaliação compartilhada do caso. Na necessidade de uma nova ultrassonografia, esta poderá ser solicitada através do e-mail: priorizago@sms.curitiba.pr.gov.br

Estratificar CIUR como alto risco gestacional. Encaminhar para Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco.

2.3.2. Macrossomia fetal

É importante considerar algumas definições referente ao crescimento excessivo fetal:

- Feto grande para a idade gestacional (GIG) - peso ao nascer \geq percentil 90;
- Feto macrossômico - peso ao nascer acima de 4 kg, independentemente da idade gestacional. Isto pode não ser preciso para classificar os fetos prematuros, pois mesmo que estes estejam grandes, dificilmente o peso chega a 4.000g.

Este aumento do crescimento fetal pode ter um impacto importante no desfecho da gestação, expondo a maiores possibilidades de complicações, como por exemplo, trabalho de parto distócico, hemorragias no pós-parto, distocia de ombros, tocotraumatismos, hipoglicemia neonatal e problemas respiratórios.

Os fatores de risco para a macrossomia fetal são:

- Diabetes: principal complicação da hiperglicemia materna no 2º e 3º trimestre;
- Obesidade materna e/ou ganho de peso excessivo materno;
- História pregressa de fetos macrossômicos;
- Gestação prolongada;
- Multiparidade;
- Idade materna avançada.

O método para rastrear crescimento fetal aumentado é a medida da altura uterina que, quando está acima do esperado, pode ser um indício desta problemática. O ultrassom contribuiu na estimativa do peso e na avaliação da circunferência abdominal fetal que, quando igual ou superior ao percentil 75 para a idade gestacional, é um indicativo de crescimento fetal excessivo.

Importante!

Em casos suspeitos de macrossomia, tem-se o suporte do apoiador distrital em ginecologia e obstetrícia para avaliação compartilhada do caso. Na necessidade de uma nova ultrassonografia, esta poderá ser solicitada através do e-mail: priorizago@sms.curitiba.pr.gov.br . Estratificar a macrossomia fetal como alto risco gestacional. Encaminhar p/ Telerregulação: Avaliação Obst. de Risco.

2.4. Diabetes *mellitus* e diabetes *mellitus* gestacional

A hiperglicemia materna é uma das condições mais comuns encontradas na gravidez. Pode ser classificada em diabetes *mellitus* diagnosticado na gestação e diabetes mellitus gestacional (DMG).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o DMG 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 macrossomia ou de diabetes gestacional.

A hiperglicemia na gestação aumenta o risco de morbidade materna e perinatal. Gestantes portadoras 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. Os riscos fetais incluem macrossomia, polidrâmnio, malformações congênitas, restrição de crescimento e óbito fetal. Recém-nascidos de mães diabéticas podem apresentar prematuridade, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, icterícia e desconforto respiratório.

2.4.1. 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.

Glicemia de jejum Realizar preferencialmente antes da 20ª semana de gestação.	
Glicemia de jejum < 92 mg/dL	Normal. Realizar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), preferencialmente entre a 24ª e 28ª semana de gestação.
Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL	<i>Diabetes mellitus</i> gestacional.
Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL	<i>Diabetes mellitus</i> diagnosticado na gestação (diabetes prévio)

Fonte: BRASIL, 2022d

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);
- Medicações ou intercorrências podem alterar o teste:
 - Aguardar 3 dias após o término de tratamentos temporários (medicações). Não interromper 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.

Interpretação do teste de tolerância à glicose -TOTG

Realização de 3 coletas - 75 g de glicose Preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação Realizar nos casos de glicemia de jejum prévia dentro da normalidade	
Normal	Jejum - menor que 92mg/dL 1ª hora- menor que 180mg/dL 2ª hora- menor que 153mg/dL
Diabetes mellitus gestacional	Ao menos um valor de: Jejum: 92mg/dL a 125mg/dL 1ª hora: ≥ 180mg/dL 2ª hora: 153 a 199mg/dL
Diabetes mellitus	Ao menos um valor de: Jejum: ≥ 126mg/dL 2ª hora: ≥ 200mg/dL

Fonte: baseado na OPAS, 2017 e BRASIL, 2022d

2.4.2. Estratificação do risco gestacional

Alto risco gestacional:

- Diabetes *mellitus* gestacional
- Diabetes *mellitus*.

Fluxograma de encaminhamento: em ambas as situações acima descritas, a UBS deve encaminhar a gestante para Telerregulação Avaliação da obstetrícia de risco. Vinculação em hospital de alta complexidade.

2.4.3. Monitoramento do diabetes no pré-natal

O objetivo é alcançar e manter as metas glicêmicas, evitar a cetose, garantir o adequado ganho de peso materno e desenvolvimento fetal, contribuindo para a redução dos eventos perinatais desfavoráveis. Os riscos da gestação e os benefícios do controle glicêmico devem ser discutidos com a gestante e seus familiares para melhor adesão ao tratamento. BRASIL, 2022d

O monitoramento deve ser individualizado para todas as gestantes com diabetes e realizado 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.

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

A prática de exercícios físicos regulares de baixo impacto faz parte das recomendações pois ela aumenta o consumo de glicose, reduzindo a resistência periférica da insulina. Não havendo contraindicações para a sua realização, orienta-se que a prática da atividade seja por pelo menos 30 minutos, na maioria dos dias da semana, evitando-se exercícios com risco de queda ou trauma abdominal.

Fonte: adaptado do BRASIL, 2016c e BRASIL, 2022d

2.4.4. Orientações nutricionais

Além das recomendações descritas no capítulo de Orientação alimentar, 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.
- O açúcar pode ser substituído por edulcorantes (no máximo 6 sachês ou 15 gotas/dia); aspartame, acesulfame de potássio, ciclamato, entre outros, podem ser usados na gestação. BRASIL, 2022d
- 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 à saciedade e produz efeito positivo na redução da ingestão calórica. As fibras alimentares também estão relacionadas à melhoria do trânsito intestinal.

2.4.5. Tratamento farmacológico

Elaborado segundo as recomendações do Manual de gestação de alto risco, MS, 2022 e Tratamento farmacológico do diabetes na gestação - Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023.

A insulina se destaca como primeira escolha entre as medidas farmacológicas no controle da hiperglicemia na gestação.

Algumas publicações citam que a associação de insulina está indicada sempre que as medidas não farmacológicas (adequação nutricional e exercício) não forem suficientes para atingir as metas do controle glicêmico materna, ou seja 30% ou mais dos valores glicêmicos alterados. Outros consideram o início da terapia farmacológica na mulher com DMG quando duas ou mais medidas de glicemia, avaliadas após 7 a 14 dias de terapia não farmacológica, estiverem acima da meta.

Distribuição das doses de insulina:

A dose inicial e o tipo de insulina devem ser orientadas conforme os resultados obtidos pelo monitoramento glicêmico (perfil) realizado pela própria gestante. Recomenda-se as insulinas de ação intermediária e longa para o controle glicêmico no jejum e no período pré-prandial; as de ação rápida e ultrarrápida são sugeridas para controle pós-prandial.

A dose inicial deve ser calculada pelo peso atual, sendo recomendada 0,5 UI/kg/dia, fracionada em duas (dois terços da dose em jejum e um terço ao deitar) a três aplicações (um terço da dose antes do café, um terço antes do almoço e um terço ao deitar); ou pode-se utilizar a quantidade total dividida em quatro doses, devendo-se fazer insulina rápida antes das refeições (café, almoço e jantar) e NPH ao deitar.

Nas gestantes com valores glicêmicos aumentados apenas em jejum, considera-se mais adequado o uso noturno de insulina de ação intermediária (NPH) e as doses iniciais podem ser entre 0,1 unidade/kg/dia e 0,2 unidades/kg/dia.

Nas situações de alterações da glicose que ocorram em uma hora específica do dia, pode-se simplificar o uso da insulina. Se ocorre elevação da glicose apenas no período pós-prandial do café da manhã, está indicado uso de insulina prandial particularmente nesta refeição.

As avaliações do perfil glicêmico para ajuste das doses devem acontecer com intervalo de 2 semanas até a 30ª semana e, semanalmente, a partir dessa idade gestacional até o parto. Esse intervalo deve ser individualizado na dependência das características e necessidades de cada caso.

No início da gestação, com a presença frequente de náuseas e vômitos e a diminuição da ingestão alimentar, considera-se a redução da dose de insulina neste período, em algumas gestantes com o diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 1, especialmente naquelas com histórico de hipoglicemia e nas primigestas.

É necessário o cuidadoso monitoramento glicêmico durante a gestação e a realização dos ajustes das doses de insulina, conforme as necessidades, particularmente, nos casos de utilização de corticosteroide (para promover amadurecimento pulmonar fetal), no qual recomenda-se a intensificação do controle da glicose por até 72 horas e entre a 28^a e a 32^a semana de gestação, período que geralmente há necessidade de aumento de doses de insulina, em decorrência do aumento de resistência de insulina que ocorre nesta fase.

Para maiores informações quanto aos cuidados na aplicação de insulina, no armazenamento dos frascos e interações medicamentosas pode-se consultar:

<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/RECOMENDA%C3%87%C3%95ES%20PARA%20INSULINIZA%C3%87%C3%83O%20NO%20DIABETES%20MELLITUS%20TIPO%202.pdf>

Tratamento do DMG com antidiabéticos orais:

Nos casos de mulheres com diabetes mellitus tipo 2, que engravidam em uso de tratamento não insulínico, recomenda-se substituir para a insulino terapia, assim que seja possível.

Apesar dos dados de segurança a longo prazo serem ainda limitados, a metformina pode ser considerada uma alternativa à insulina. A metformina atravessa a barreira placentária e nos casos de CIUR e baixo peso fetal não se recomenda o seu uso, conforme melhor detalhado no quadro abaixo.

Quanto à glibenclamida, **não está recomendado** o uso no Diabetes *mellitus* gestacional pelo risco aumentado de macrossomia fetal e hipoglicemia neonatal.

Indicações para uso da metformina* no Diabetes Gestacional

Como alternativa à insulina

- Falta de adesão à insulino terapia
- Não acessibilidade à insulina
- Dificuldade na auto administração da insulina
- Estresse em níveis exacerbados decorrentes do uso de insulina
- Restrição alimentar excessiva da gestante para evitar o uso da insulina

Associada à insulina

- Doses elevadas de insulina (> 2 U/kg/dia) sem controle glicêmico adequado
- Ganho de peso materno excessivo
- Ganho de peso fetal excessivo

Contraindicações para uso da metformina no Diabetes Gestacional

- Fetos abaixo do percentil 50
- Presença de crescimento intrauterino restrito
- Gestante com doença renal crônica

* Dose inicial de 500 mg uma ou duas vezes ao dia junto com a alimentação. Titular a dose a cada uma semana a duas semanas, para atingir as metas glicêmicas até uma dose diária máxima de 2.500 mg.

Fonte: Tratamento farmacológico do diabetes na gestação, Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023.

2.4.6. Período puerperal

O período da amamentação costuma diminuir as necessidades da insulina e, portanto, deve-se monitorar cuidadosamente os níveis glicêmicos, para se efetuar os ajustes das doses necessárias.

Pode-se considerar o uso de hipoglicemiantes orais no diabetes *mellitus* tipo 2, pois apenas 0,4% da dose de metformina ingerida é detectada no leite materno.

Nos casos de diabetes mellitus gestacional recomenda-se suspender a medicação, retornar a dieta geral e nova avaliação glicêmica em seis a oito semanas após o parto. Recomenda-se que esta nova avaliação seja, preferencialmente, com teste oral de tolerância à glicose - com avaliação de duas medidas (jejum e duas horas após). A solicitação do exame na UMS será por: Determinação de curva glicêmica 2 dosagens. Código do exame: 0202010040.

Com o resultado desse exame considera-se:

- Normal: jejum < 100 mg/dl e 2ª hora < 140 mg/dl.
- Pré diabetes: jejum de 100 a 125 mg/dl (glicemia de jejum alterada) e/ou 2ª hora de 140 a 199 mg/dl (intolerância à glicose).
- Diabetes *mellitus*: valores glicêmicos de jejum ≥ 126 mg/dL (deve-se repetir a glicemia para confirmação diagnóstica) ou de duas horas ≥ 200 mg/ dL.

Pacientes com valores alterados devem receber tratamento específico, e as com resultado normal devem ser orientadas sobre o risco aumentado de DM2 e a manter estilo de vida saudável. BRASIL, 2022d

2.4.7. Orientações às mulheres com diabetes *mellitus* pré-gestacional

Orientar a estas mulheres sobre a importância de planejar a gestação, do cuidadoso controle glicêmico no período préconcepcional, com a finalidade de se obter melhores resultados perinatais.

Ressaltar a importância dos cuidados nutricionais e medicamentosos para atingir as metas glicêmicas; da suplementação do ácido fólico, o qual se deve iniciar 30 dias antes da concepção; estimular a prática de exercício físico e/ou controle de peso pré-gestacional; a realizar avaliação prévia da saúde, em termos gerais, como problemas ginecológicos, odontológicos, de hipertensão arterial, dentre outros.

Buscando reduzir os riscos de anomalias congênitas, recomenda-se manter, antes da concepção, a hemoglobina glicada abaixo de 6,5%, idealmente abaixo de 6%. Valores de hemoglobina glicada > que 8% está relacionado a maior risco de malformações, particularmente do SNC, cardiovascular, esquelético e geniturinário. As que apresentam hemoglobina glicada > de 9% recomenda-se evitar a gravidez (até alcançar melhor controle glicêmico) e a usar método contraceptivo eficaz.

Compete à UBS:

- Seguir as recomendações descritas na estratificação do risco gestacional;
- Fornecer glicosímetro, após assinatura do termo de recebimento e devolução. Solicitar o glicosímetro através da telerregulação- **Enfermeiro-avaliação fornecimento de glicosímetro**, sendo possível ser solicitado tanto pela equipe médica quanto da enfermagem;
- Monitorar a adesão ao tratamento e ao controle glicêmico, através das glicemias capilares;
- Encaminhar as gestantes diabéticas para avaliação e seguimento nutricional, com brevidade, de preferência em até 2 semanas;
- 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;
- Após o parto, de preferência entre 6 a 8 semanas do período puerperal, realizar a reclassificação das mulheres que tiveram o diagnóstico de DM gestacional, através da análise dos resultados da curva glicêmica de 2 dosagens.

2.5. Distúrbios hipertensivos

Informações deste capítulo foram baseadas na Predição e prevenção da pré-eclâmpsia, Febrasgo, 2023 e Pré-eclâmpsia Protocolo 03, da Rede Brasileira de

Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023 e Manual de gestação de alto risco, MS, 2022.

A Hipertensão arterial é definida quando o valor de pressão arterial encontra-se ≥ 140 (sistólica) e/ou 90 mmHg (diastólica), sendo avaliada após período de repouso, com a paciente sentada, pés e costas apoiados e realizada com manguito apropriado.

Considerada uma das principais causas de morbimortalidade materno infantil, acometendo aproximadamente 5% a 10% das gestações. A gravidez pode levar a quadros hipertensivos em mulheres previamente normotensas ou a agravamento da hipertensão já existente.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais. A finalidade 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 uteroplacentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal. BRASIL, 2013a

2.5.1. Classificação dos estados hipertensivos na gestação

a) Hipertensão arterial na primeira metade da gestação:

- **Hipertensão arterial crônica:** conceitua-se quando a pressão arterial for ≥ 140 (sistólica) e/ou 90 mmHg (diastólica), em dois momentos diferentes, com intervalo de quatro horas, anterior à gestação ou que surge antes da 20ª semana da gestação, que persiste após a 12ª semana de pós-parto.
- **Hipertensão do jaleco branco:** ocorre a hipertensão arterial apenas durante as consultas ($\geq 140 \times 90$ mmHg), entretanto nas avaliações domiciliares a pressão se mantém abaixo de 135×85 mmHg. Considerar apenas se presente na 1ª metade da gestação. Atentar, pois pode evoluir para pré-eclâmpsia que é característica da 2ª metade da gestação.

b) Hipertensão arterial na segunda metade da gestação:

- **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia:** hipertensão arterial identificada após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa ou disfunção de órgãos-alvo como: plaquetas abaixo de $150.000/\text{mm}^3$, alterações das enzimas hepáticas,

creatinina ≥ 1 mg/dL, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia e associação com CIUR e/ou alterações no Doppler.

- **Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica:** considera-se quando, após a 20ª semana de gestação, houver: o surgimento de proteinúria ou a sua piora, em pelo menos 3 x o valor inicial; necessidade de aumento das doses ou da associação de antihipertensivos; presença de disfunção de órgãos-alvo, de restrição de crescimento fetal e/ou alterações em *Doppler*.
- **Hipertensão gestacional:** hipertensão que surge após a 20ª semana de gestação, sem a associação de proteinúria ou de disfunção de órgãos-alvo, que deve desaparecer até 12ª semana de pós-parto. Importante o cuidadoso monitoramento desses casos, pois podem evoluir para pré-eclâmpsia.

Obs.: considera-se:

a) proteinúria significativa a presença de pelo menos 300 mg em urina de 24 horas ou da relação proteína/creatinina urinárias $\geq 0,3$ ou de pelo menos uma cruz em amostra de urina isolada (*dipstick*), identificação compatível com cerca de 30 mg/dL.

b) Iminência de eclâmpsia: referência a cefaleia, fotofobia, fosfenas, escotomas e dificuldade para enxergar (até perda visual), náuseas e vômitos, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito.

c) Eclâmpsia: convulsões tônico-clônicas em paciente com pré-eclâmpsia.

2.5.2. Prevenção da pré-eclâmpsia

As medidas preventivas podem ser classificadas em :

- **Não farmacológica** (para todas as gestantes): orientar a prática de atividade física, desde que não haja contraindicação, por pelo menos 140 minutos por semana, de intensidade moderada, podendo ser, por exemplo: caminhada, hidroginástica, ciclismo estacionário e outros.
- **Farmacológicas:** uso de ácido acetilsalicílico e suplementação de cálcio. No quadro a seguir, estão listados os fatores de risco a serem considerados para esta prevenção, sendo:
 - ✓ Dois fatores de risco moderado (no mínimo)
 - OU
 - ✓ Um fator de alto risco.

Marcadores de risco clínicos recomendados para a identificação de gestantes com necessidade de prevenção.

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
ALTO (um fator de risco)	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
	Gestação decorrente de reprodução assistida
MODERADO (≥ 2 fatores de risco)	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmãs)
	Idade ≥ 35 anos
	Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro)
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação

Fonte: PRÉ-ECLAMPSIA PROTOCOLO 03 – 2023 Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

Período recomendando para profilaxia da pré-eclâmpsia:

- **Ácido acetil salicílico:** iniciar a partir da 12^a semana de gestação (antes da 20^a semana), manter **até a 36^a** semana.
- **Cálcio:** iniciar a partir da 12^a semana de gestação (antes da 20^a semana), manter até o final da gestação.

Obs.:

- 1- Recomenda-se a suspensão do AAS e do cálcio se houver confirmação diagnóstica de pré-eclâmpsia.
- 2- O início da suplementação deve ser antes da 20^a semana, uma vez que os ensaios clínicos foram feitos nesse período.

Fonte: RBEHG, 2025; MS, 2022d; FIOCRUZ, 2022

Posologia e recomendações específicas para o uso:

- **Ácido acetil salicílico:** deve ser administrado na dose de 100 mg/dia, à noite;
- **Cálcio:** 1 g/dia (em doses fracionadas): 1 comprimido a cada 12 horas de carbonato de cálcio 1250 mg.

Apresentação disponível nas UBS: carbonato de cálcio (1250 mg) = 500 mg de cálcio elementar.

- ✓ Ingerir antes de dormir ou pela manhã, junto com algum alimento. Melhor absorção se tomado junto as refeições;
- ✓ Evitar a ingesta junto a alimentos ricos em fibra;
- ✓ Evitar a ingesta junto com a suplementação de ferro (pelo menos 2 horas de intervalo), pois este diminui a absorção de cálcio;
- ✓ O consumo excessivo de álcool, cafeína ou tabaco pode reduzir a absorção de cálcio;

- ✓ **Interações medicamentosas:** não associar com digitálicos, fenitoína, omeprazol e a altas doses (10.000 UI/dia) de vitamina D;
- ✓ **Contraindicação:** em doença e/ou condições que resultam em hipercalcemia e/ou hipercalciúria, nefrocalcinose e nefrolitíase;
- ✓ **Efeitos colaterais:** em geral boa aceitabilidade. Raramente pode ocorrer: prurido, urticária, exantema, constipação, náusea, dor abdominal, diarreia e flatulência.
 - Em caso de desconforto gastrointestinal importante, que prejudique a aderência a suplementação, pode-se reduzir a dose para 1 comprimido ao dia de carbonato de cálcio 500 mg. RBEHG, 2025.
 - Estimular o consumo de alimentos ricos em cálcio se a ingestão alimentar for baixa, isto é, consumo de cálcio alimentar < 900 mg/dia;
- ✓ A **dose máxima diária** total de cálcio (dieta + suplemento) não deve exceder 2.500 mg. Em geral, a ingesta de cálcio através da alimentação é cerca de 500 mg, então a suplementação na posologia recomendada não excederia essa máxima.

Alimentos Ricos em Cálcio

Alimento	Quantidade	Cálcio (mg)
Amêndoa	200 g	508
Coalhada	100 g	490
Tofu	¼ xícara	430
Gergelim	100 g	417
Brócolis, flores cruas	100 g	400
Aveia de preparo instantâneo	100 g	392
Agrião	200 g	336
Leite desnatado	200 ml	250
iogurte	200 ml	240
Açaí	200 g	236
Queijo minas fresco	1 fatia	205
Couve refogada	2 colheres de sopa	164
Espinafre cozido	4 colheres de sopa	160
Brócolis, flores cozidas	100 g	130
Lentilha seca crua	100 g	107
Ameixa seca	100 g	62
Ovo de galinha cozido	100 g	54

Fonte: SMS/SP, 2020

2.5.3. 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 Obstetrícia de risco;
 - Na eclâmpsia: deve ser transferida para a urgência da maternidade.

Sinais de gravidade:

- Estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos;
- Síndrome HELLP: hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia;
- Sinais de iminência de eclâmpsia: alterações vasculares do sistema nervoso, como cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas e hiper-reflexia, ou hepáticas, sendo náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito) as mais comuns;
- Eclâmpsia;
- Edema agudo de pulmão;
- Dor torácica;
- Distúrbios do sistema nervoso central: cefaleia frontal/occipital, tontura, obnubilação, confusão mental e perda da consciência;
- Insuficiência renal: elevação dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

2.5.4. Manejo da hipertensão crônica

A. Cuidados na gestação:

Compete à UBS:

- Identificar toda gestante com hipertensão arterial crônica e estratificá-la como Alto Risco gestacional;
- Encaminhar para Telerregulação Avaliação da Obstetrícia de Risco;
- Alterar a vinculação para maternidade de alta complexidade;
- 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;
- Orientações sobre os hábitos alimentares e medicamentosas, com o intuito de adequação e/ou trocar medicações (aquelas com potencial risco à saúde fetal);
- Fazer busca ativa das gestantes faltosas às consultas;
- 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. BRASIL, 2016c

Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação:

Importante! A terapia medicamentosa deve ser iniciada como monoterapia pelos medicamentos considerados de primeira linha (como metildopa). Caso não ocorra controle adequado, deve-se associar outro medicamento (ver drogas auxiliares- segunda linha).

Classe do agente	Agente/ Apresentação*	Dose inicial (mínima)	Dose máxima (considerações)
Simpatolíticos de ação central, α 2-agonistas Droga de primeira escolha	Metildopa 250mg	250mg a cada 8 horas	2g/dia** (A posologia diária pode variar, conforme a necessidade. Intervalos entre as doses prescritas podem ser de 8h/8h ou 12h/12h)

Bloqueadores de canais de cálcio (Drogas auxiliares-segunda linha: em situações em que se faz necessária a prescrição de mais drogas).	Anlodipino 5mg	5mg a cada 24 horas	10mg*** a cada 24 horas
Betabloqueadores (recomendado como terceiro fármaco para associação de medicamentos ou na impossibilidade de uso das drogas de primeira escolha).	Carvedilol 6,25 e 25mg	6,25mg a cada 12 horas	25mg a cada 12 horas (recomenda-se iniciar com 12,5mg/dia por 2 dias e, a partir de então, aumentar a dose.)

Fonte: baseado no Pré-eclâmpsia- Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025 e Hipertensão arterial crônica e gravidez. 3ª ed. São Paulo – FEBRASGO, 2024, Febrasgo

* Apresentações disponíveis na Atenção Primária à Saúde.

**Metildopa: doses acima de 2g/dia podem estar associadas à hipotensão postural.

*** Em algumas publicações há referência de que a dose máxima pode ser até 20 mg de anlodipino.

Contraindicados: os fármacos inibidores da enzima conversora da angiotensina (leca), como captopril e enalapril; os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA II), como losartana, são contraindicados durante a gravidez pelo risco de anormalidades fetais devendo, portanto, ser substituídos, podendo ser utilizados no puerpério, incluindo o período de lactação; os inibidores diretos da renina (alisquireno), pois associam-se a anormalidades no desenvolvimento dos rins fetais quando utilizados a partir do segundo trimestre de gestação; **Espironolactona**. Assim, as gestantes em uso destes anti-hipertensivos devem ser orientadas quanto a suspensão/substituição da medicação, ao confirmarem o diagnóstico da gestação. BRASIL, 2022d e RBEHG, 2025

Quanto ao **atenolol e o propranolol não são recomendados de rotina**. A manutenção de betabloqueadores deve ser avaliada individualmente, uma vez que sua segurança é controversa e foram associados, em estudos observacionais, a CIUR, apneia neonatal, bradicardia e hipoglicemia. MS, 2019

B. Cuidados nos quadros hipertensivos no puerpério:

O puerpério é um período de cuidadoso monitoramento pois podem ocorrer complicações. Nas pacientes que se mantiverem hipertensas, deve-se utilizar medicamentos para seu controle. As hipertensas crônicas podem apresentar encefalopatia hipertensiva, edema pulmonar e insuficiência cardíaca no puerpério, especialmente aquelas com sobreposição de pré-eclâmpsia ou com PA de difícil controle, com doença cardíaca ou renal prévia.

Aquelas que se tornarem normotensas, pode-se realizar o controle da PA semanalmente por um mês e após, em intervalos de três a seis meses, por um ano.

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

Recomendações de anti-hipertensivos no puerpério:

Ao se prescrever os anti-hipertensivos, deve-se lembrar que a grande maioria é excretada no leite humano, podendo ser absorvida pelo recém-nascido.

Classe do agente	Agente/apresentação*	Posologia
Simpaticolíticos de ação central	Metildopa 250mg	750mg a 2g/dia, 2 a 4x/dia
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Enalapril 10mg	20 a 40 mg/dia, 1 a 2x/dia

Bloqueadores de canais de cálcio	Anlodipino 5mg	5 a 20 mg/dia, 1 a 2x/dia
B-bloqueadores	Atenolol 25mg	50 a 150mg/dia, 1 a 3x/dia
	Carvedilol 6,25 e 25 mg	12,5 a 50mg/dia, 1 a 2x/dia (recomenda-se iniciar com 12,5mg/dia por 2 dias e, a partir de então, aumentar a dose.)

Fonte: baseado em Brasil, 2022d; Pré-eclâmpsia- Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025 e Hipertensão arterial crônica e gravidez. 3ª ed. São Paulo – FEBRASGO, 2024, Febrasgo

* Apresentações disponíveis na Atenção Primária à Saúde.

Não recomendado: diuréticos tiazídicos. Prefere-se não introduzir diuréticos no puerpério, pois pode haver redução do volume vascular e comprometimento da amamentação. Excessões se fazem diante de comprometimento cardíaco, edema pulmonar ou comprometimento da função renal que exijam a manutenção de diuréticos.

Fonte: BRASIL, 2022d e Pré-eclâmpsia/eclâmpsia – Protocolo nº. 01, RBEHG, 2020.

2.5.5. Orientação alimentar

Além das recomendações constantes no capítulo de Orientação alimentar, 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. Obs.: 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, apesuntado, 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: manjeriço, mostarda seca, salsa, pimenta, alecrim, sálvia, louro;
- Carne bovina: pàprica, salsa, cebolinha, pimenta, alecrim, tomilho, sálvia, estragão, cominho, manjeriço, orégano, louro;
- Aves: gengibre, cebolinha, salsa, louro, manjerona, pimenta, alecrim, sálvia, tomilho;
- Peixe: alecrim, sálvia, gergelim, manjeriço, louro, cravo-da-índia, cominho, noz moscada, orégano, salsa, cebolinha, pimenta;
- Vegetais cozidos: sálvia, tomilho, louro, cravo-da-índia, cominho, gengibre, manjeriço, noz moscada, orégano, salsa, cebolinha, pimenta, colorau, alecrim;
- Saladas: mostarda seca, manjeriço, salsa, cebolinha, pimenta, orégano.

2.6. Obesidade

A obesidade é considerada atualmente uma epidemia mundial, afetando milhões de pessoas, com tendência de crescimento na maioria dos países. Na idade adulta, considera-se como obesa a pessoa que apresenta IMC \geq a 30 kg/m². Sob o ponto de vista da saúde da mulher, a obesidade está relacionada a síndrome dos ovários policísticos, a quadros de infertilidade, a anovulação crônica, ao câncer de mama e endométrio. Do ponto de vista obstétrico, a obesidade também representa um fator de risco maior em todas as etapas desse período, tanto materno quanto fetal. Estima-se que aproximadamente 25% das complicações obstétricas são atribuíveis ao excesso de peso materno e que um terço dos casos de neonatos grandes para a idade gestacional é devido a ganho excessivo de peso materno. A obesidade está associada a diversas problemáticas como perda gestacional precoce, diabetes gestacional, diabetes tipo 2, hipertensão arterial na gravidez, parto prematuro, obesidade maternal pós-parto, apneia obstrutiva do sono, dificuldades anestésicas, complicações peri e pós-parto, macrosomia fetal, obesidade infantil tardia do conceito, bem como maiores taxas de morbidade grave e mortalidade. Baseado na FEBRASGO, 2019

No enfrentamento a essa problemática, toda gestante que apresentar o **IMC \geq a 30 kg/m²** no início da gestação deve, já na consulta de vinculação ao pré-natal,

ser encaminhada para **avaliação e seguimento nutricional**, que deve ocorrer dentro de duas semanas.

Em relação a estratificação de risco gestacional:

- Médio risco: obesidade com IMC ≥ 35 a 39,9 kg/m²
- **Alto risco**: obesidade com **IMC \geq a 40 kg/m²** devem ser encaminhadas para Telerregulação Avaliação da obstetrícia de risco.

2.7. Tireoidopatias

As recomendações abaixo foram adaptadas das publicações da Febrasgo, Rastreio, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação, Número 10, outubro 2022 e do Manual de Gestação de Alto Risco, MS, 2022.

A solicitação do hormônio tireoestimulante (TSH) está implantada, como rotina, na consulta de vinculação do pré-natal, para todas as gestantes. O diagnóstico pode ser dificultado, pois os sinais e sintomas podem ser confundidos com a própria gestação, como sonolência, cansaço, entre outros. FEBRASGO, 2014

O TSH é o teste de escolha e deve ser realizado no **início do pré-natal**, de preferência no 1º trimestre. Considera-se como **valor normal** o nível de **TSH \leq 4,0** mUI/L.

Caso o TSH esteja alterado, solicitar o exame de tiroxina livre (T4L).

Gestantes com TSH $>2,5$ e <4 mU/L: solicitar anti-tireoperoxidase (anti-TPO). No sistema: pesquisa de Anticorpos Antimicromossomais.

Se as concentrações de TSH estiverem $\leq 2,5$ mUI/L ou $> 2,5$ e ≤ 4 mUI/L com anti-TPO negativo, considera-se como eutireoidismo.

No **hipotireoidismo**, considerar para o diagnóstico o valor de TSH é $> 4,0$ mUI/L. A dosagem de T4L diferencia o hipotireoidismo subclínico (HSC) do clínico (HC). Na situação subclínica: o T4L está dentro da faixa de normalidade. No caso de hipotireoidismo clínico: os valores de T4L estão abaixo do limite inferior da referência do laboratório.

No **hipertireoidismo**, o T4L se encontra aumentado (acima do valor de referência) e o TSH suprimido ($<0,1$ mUI/L). No início da gestação, o TSH pode estar baixo pelo aumento do beta-hCG, voltando a normalizar no 2º e 3º trimestre e, portanto, nestas condições, está preconizado a repetição do TSH em 3 semanas, para melhor reavaliação do caso.

2.7.1. Estratificação de risco:

Gestantes identificadas com hipertireoidismo devem ser encaminhadas para Telerregulação Avaliação da Obstetrícia de Risco.

Quanto ao hipotireoidismo: estratificado como Baixo Risco, o manejo do agravo compete à Atenção Primária, com suporte, se necessário, dos apoiadores distritais em ginecologia e obstetrícia.

2.7.2. Hipotireoidismo materno

Está relacionado a algumas complicações, tais como: aborto, quadros hipertensivos na gestação, descolamento prematuro de placenta, alteração da vitalidade fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer e hemorragia puerperal.

Investigação laboratorial do hipotireoidismo na gestação:

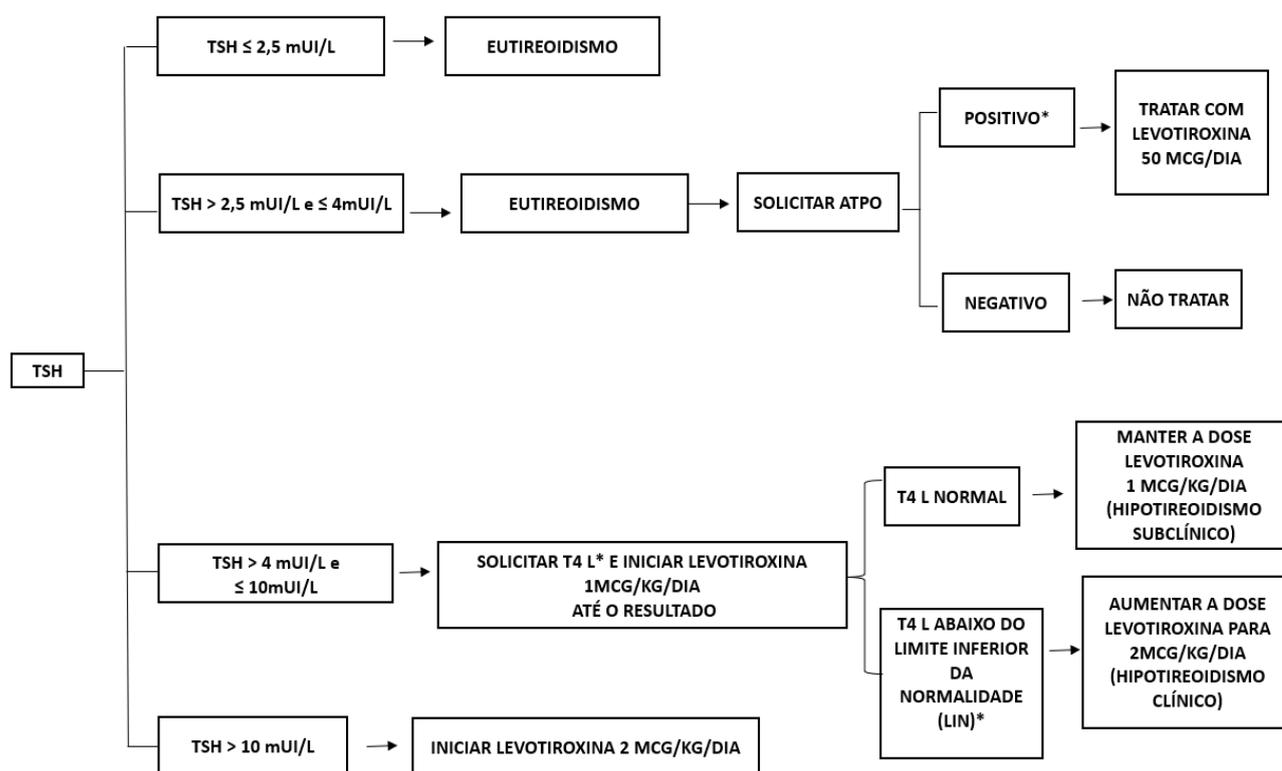
	TSH	T4L	Diagnóstico	anti-TPO
HIPOTIREOIDISMO DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE À GESTAÇÃO	$\leq 2,5$ mUI/L	Não solicitar (resultado não modificará a conduta)	Hipotireoidismo adequadamente tratado na gestação	Não solicitar (resultado não modificará a conduta)
	$> 2,5$ mUI/L		Hipotireoidismo não adequadamente tratado na gestação	
DIAGNÓSTICO NA GESTAÇÃO	$> 10,0$ mUI/L	Não solicitar (resultado não modificará a conduta)	Hipotireoidismo clínico	Não solicitar (resultado não modificará a conduta)

DIAGNÓSTICO NA GESTAÇÃO	>4,0 e ≤10,0 mUI/L	Dentro dos valores de referência informados pelo laboratório	Hipotireoidismo subclínico	Não solicitar (conduta proposta no HSC independe do ATPO)
	>4,0 e ≤10,0 mUI/L	Abaixo do limite inferior da referência informado pelo laboratório	Hipotireoidismo clínico	Não solicitar (resultado não modificará a conduta)
	>2,5 até ≤4,0 mUI/L	Dentro dos valores de referência informados pelo laboratório	Eutireoidismo	Caso ATPO+ (acima do limite superior da referência informado pelo laboratório), considerar tratamento
	≤2,5	Não solicitar (resultado não modificará a conduta)	Eutireoidismo	Não solicitar (resultado não modificará a conduta proposta para o 1º trimestre na maioria das pacientes)

TSH: hormônio estimulador da tireoide; T4L: tiroxina livre; HSC: hipotireoidismo subclínico.

Fonte: Rastreamento, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação, Febrasgo, nº 10, Outubro 2022.

Conduta no hipotireoidismo na gestação:



TSH: Hormônio Estimulante da Tireóide; T4L: Tiroxina livre; LIN: Limite Inferior de Normalidade; ATPO: Antitireoperoxidase; ATPO Positivo: valor acima do limite superior da referência do laboratório.

Fonte: Rastreamento, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação, Febrasgo, nº 10, Outubro 2022.

O objetivo do tratamento com levotiroxina (LT4) durante o pré-natal é a obtenção de valor de TSH < 2,5 mUI/L. Após instituído o tratamento, o monitoramento deve ser mensal.

Gestantes com **hipotireoidismo** devem ser tratadas com LT4, iniciando com doses de 1 a 2 mcg/kg por dia. Recomenda-se o esquema a seguir:

- TSH > 10 mUI/L: 2 mcg/kg/dia;
- TSH > 4 mUI/L e ≤ 10 mUI/L, com T4L abaixo do limite inferior da referência do laboratório: 2 mcg/kg/dia;
- TSH > 4 mUI/L e ≤ 10 mUI/L, com T4L dentro do limite de normalidade: 1 mcg/kg/dia;
- TSH > 2,5 e ≤ 4 mUI/L, com ATPO positivo: 50 mcg/dia.

Nos casos de **hipotireoidismo prévio**, deve-se ajustar a dose da levotiroxina de modo a obter o TSH < 2,5 mUI/L no período pré-concepcional. Ao engravidar, há recomendação de aumento de 30% de LT4, o mais breve possível.

Cuidados quanto a ingesta da levotiroxina:

- Tomar de 30 a 60 minutos antes do café da manhã ou três horas ou mais após a última refeição.
- Evitar a ingestão concomitante com sulfato ferroso, carbonato de cálcio e hidróxido de alumínio.

Seguimento puerperal:

- Realizar o monitoramento com TSH em 6 a 8 semanas após o parto;
- Se **hipotireoidismo diagnosticados previamente à gestação**: ajustar as doses, conforme os níveis laboratoriais, considerando a possibilidade de diminuir a dose da levotiroxina aos níveis pré-gestacionais;
- **Se hipotireoidismo diagnosticado na gestação ou com anti-TPO positivo**:
 - ✓ Se utilizado dose de <50mcg/dia de levotiroxina: suspender e reavaliar com TSH em 6 semanas;
 - ✓ Se dose utilizado dose >50mcg/dia de levotiroxina: reduzir a dose usada na gestação em 25% a 50% e reavaliar TSH em 6 semanas.
- A redução da levotiroxina no período puerperal deve ser cuidadosamente monitorada;
- O aleitamento materno não está contraindicado para mulheres em tratamento para hipotireoidismo. Medicamento liberado na amamentação.

2.7.3. Hipertireoidismo

A doença de Graves é a causa mais prevalente. Dentre outras causas, temos a tireoidite aguda e a de Hashimoto, doença trofoblástica gestacional, bócio multinodular tóxico e adenoma tóxico.

Clinicamente, a gestante pode apresentar irritabilidade, agressividade, inquietação, tremores finos, sudorese, pele quente, taquicardia, exoftalmia e perda de peso.

Na gestação, pode estar relacionado a abortos, quadros hipertensivos, CIUR, crises tireotóxicas e insuficiência cardíaca materna. A terapêutica pode levar a repercussões na tireoide fetal.

Diagnóstico laboratorial e estratificação de risco

O exame de T4L encontra-se elevado e o TSH suprimido ($<0,1$ mUI/L). Considerando que o TSH pode estar baixo no início da gestação, normalizando no 2º e 3º trimestre, recomenda-se repetir a sorologia de TSH em 3 semanas, caso este exame tenha sido realizado no início da gestação (1º trimestre). Persistindo as alterações, classificar como hipertireoidismo e estratificar como alto risco gestacional. Encaminhar para Telerregulação Avaliação de Obstetrícia de Risco. O manejo e o seguimento do caso será orientado pela equipe do alto risco gestacional.

Compete à UBS:

- Solicitar TSH na vinculação do pré-natal;
- Nos casos de gestantes com TSH $>2,5$ e <4 mU/L - solicitar a pesquisa de Anticorpos Antimicromossomais;
- Se TSH suprimido ($<0,1$ mUI/L) no início da gestação, repetir TSH em 3 semanas, para melhor reavaliação. Se necessário, solicitar apoio dos matriciadores distritais em ginecologia e obstetrícia;
- Encaminhar as gestantes com hipertireoidismo para Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco;
- Instituir a terapêutica para os casos necessários de hipotireoidismo e os ajustes das doses para os casos previamente diagnosticados. Se necessário, solicitar apoio dos matriciadores distritais em ginecologia e obstetrícia;
- Realizar as orientações quanto aos cuidados na ingesta da levotiroxina:
 - Tomar de 30 a 60 minutos antes do café da manhã ou três horas ou mais após a última refeição.
 - Evitar a ingestão concomitante com sulfato ferroso, carbonato de cálcio e hidróxido de alumínio.
- Nos casos de hipotireoidismo, realizar o monitoramento puerperal, conforme preconizado anteriormente;
- Fazer busca ativa das gestantes que não estiverem participando das consultas de pré-natal;
- Registrar informações dos exames, tratamentos e intercorrências no prontuário e na carteira de pré-natal.

2.8. 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.

2.8.1. Abortamento

O aborto espontâneo é definido como gestação intrauterina não viável até 20-22 semanas ou peso fetal de 500 g. É considerado precoce ou de primeiro trimestre até 12 semanas e 6 dias. BRASIL, 2022d

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

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:

O aborto espontâneo é tradicionalmente classificado como ameaça de aborto ou aborto evitável, inevitável, incompleto, completo e retido, com base na história e nos achados clínicos, laboratoriais e de imagem. Além disso, há o aborto terapêutico e o aborto infectado ou séptico.

- **Ameaça de aborto:** 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:** evidencia-se pela 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 completo:** ocorre quando há eliminação completa do produto conceptual. A cavidade uterina se apresenta vazia após gestação anteriormente documentada. A ultrassonografia é o exame que demonstra ausência da gestação. História de sangramento importante, cólicas e eliminação de tecidos. O orifício interno do colo uterino tende a se fechar após a expulsão completa do material intrauterino;
- **Aborto incompleto:** o aborto incompleto é definido pela presença intrauterina dos produtos da concepção, após a expulsão parcial do tecido gestacional. O diagnóstico ultrassonográfico é difícil e não existe consenso quanto aos melhores critérios. Vários estudos utilizaram parâmetros de espessura endometrial entre 5 mm e 25 mm com aspecto hiperecogênico do material;
- **Aborto retido:** é aquele no qual há ausência de batimentos cardíacos fetais ou do embrião, mas não ocorre a expulsão espontânea do conteúdo intrauterino. Os produtos da concepção podem permanecer retidos por dias ou semanas, com o orifício interno do colo uterino impérvio. Classicamente é definido como a não eliminação do produto conceptual por um período de 30 dias. (MS, 2022);
- **Aborto infectado:** apresenta-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;
- Em caso de abortamento, após gravidez não planejada, realizar a orientação e oferta de métodos contraceptivos.

2.8.2. 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.

2.8.3. 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 incompatível com a idade gestacional;
- Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas);
- Hiperemese 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: Médico Ginecologista Obstetra. Área de atuação: **Obstetrícia - Doença Trofoblástica.**

2.8.4. 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.

2.8.5. 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. BRASIL, 2016c

Manejo na UBS:

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

2.8.6. 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;
- BCF pode estar alterado ou ausente;
- Comprometimento do estado geral materno.

Principais fatores de risco para o DPP

- 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 (polidrâmnio e gestação gemelar);
- Trauma (automobilístico e trauma abdominal direto);
- DPP em gestação anterior;
- Amniocentese e cordocentese.

Fonte: BRASIL, 2012a

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.

2.9. 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 eritropoiese 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, anoxia e óbito fetal.

A presença de anticorpos irregulares (P.A.I.) maternos anti-Rh 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.

2.9.1. Cuidados na assistência ao pré-natal na UBS

- Solicitar a tipagem sanguínea e o Fator Rh (D) de todas as gestantes inscritas no programa de pré-natal;
- O acompanhamento das gestantes Rh- compreende etapas distintas:
 - ✓ Etapa 1 – fazer anamnese com enfoque nos fatores de risco para sensibilização: transfusões sanguíneas prévias, uso de drogas ilícitas injetáveis, história obstétrica com relato de DHP (icterícia neonatal, exsanguinotransfusão neonatal, transfusões intrauterinas ou hidropisia fetal), histórico de profilaxia anti-Rh em gestações anteriores e atual.
 - ✓ Etapa 2 – O teste de TIA (Coombs indireto) deve ser preconizado às gestantes Rh negativo na primeira consulta de pré-natal e nos trimestres subsequentes.
- O seguimento pré-natal é preconizado de acordo com o resultado deste teste:

a) Resultado de TIA (Coombs indireto) positivo:

- Encaminhar as gestantes que apresentarem o TIA (Coombs indireto) positivo para Telerregulação Avaliação da Obstetrícia de risco;
- Registrar no prontuário eletrônico e na carteira de pré-natal os resultados dos exames e as intercorrências.
- Monitoramento do pré-natal e realizar busca ativa das gestantes faltosas.

b) Resultado de TIA (Coombs indireto) negativo:

- Realizar profilaxia conforme recomendado, orientando a sua importância;
- Solicitar o TIA (Coombs indireto) de controle, na 24^a 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 na 28^a (entre 28^a e 34^a) semana de gestação para toda a gestante RhD negativo, com teste de Coombs indireto negativo;
- Observar que o TIA (Coombs indireto) não deve ser solicitado após a administração da imunoglobulina anti-RhD, pois pode se mostrar positivo. Os títulos de anti-D pós-profilaxia não costumam exceder 1:4 e, raramente, 1:8, podendo se manter positivos por até 8 a 12 semanas. Febrasgo e MS
- Registrar a data da administração da imunoglobulina anti-RhD no prontuário e na carteira de pré-natal.

2.9.2. Prevenção da sensibilização ao fator Rh

A prevenção da sensibilização materna pela administração de imunoglobulina anti-RhD nas situações de risco para sensibilização é imperativa. Considera-se necessária a prescrição nas situações de risco para sensibilização. Portanto, para mães não sensibilizadas (CI negativo), com fator Rh negativo, deve-se proceder à administração de imunoglobulina anti-RhD nos seguintes momentos da gestação:

- Na 28^a semana de gestação (considerar sua utilização até a 34^a semana);
- Até 72 horas após o parto de recém-nascido Rh positivo ou de fator Rh desconhecido;
- Até 72 horas após procedimento/evento (que leve a risco de sensibilização materna). São condições que aumentam o risco de sensibilização materna ao antígeno Rh:
 - Sangramento vaginal materno;
 - Abortamento, gestação molar ou gestação ectópica;
 - Óbito fetal;
 - Procedimento invasivo intrauterino;
 - Biópsia de vilosidades coriônicas, cordocentese e amniocentese;
 - Cirurgia fetal intraútero;
 - Versão cefálica externa;
 - Trauma abdominal.

Observações importantes:

- ✓ Gestantes Rh negativo submetidas à laqueadura tubária também deverão receber imunoglobulina anti-RhD.
- ✓ Se imunoglobulina anti-RhD for omitida inadvertidamente após o parto ou um evento potencialmente sensibilizante, deve ser dada o mais rapidamente possível após o reconhecimento da omissão. Proteção parcial é oferecida com a administração no prazo de 13 dias após o nascimento ou evento potencialmente sensibilizante.
- ✓ Alguns autores referem que há demonstrações de benefício na administração da medicação até 28 dias após o parto ou evento sensibilizante. Entretanto, quanto maior a demora na profilaxia, menor a sua eficácia (D).

- ✓ A efetividade da profilaxia com imunoglobulina anti-RhD apresenta falha de apenas 1,5%. No Brasil, tem-se a apresentação de imunoglobulina anti-RhD de 250 e 300 µg.

Fonte: FEBRASGO, 2011b e 2020b; BRASIL, 2022d

2.10. 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. BRASIL, 2013a

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.

2.10.1. Fatores de risco

Os fatores de risco para TPP devem ser investigados na consulta préconcepcional 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.

2.10.2. 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 maternofetal buscando identificar os sinais de trabalho de parto prematuro, 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 leucorreia, 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.

2.11. 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.

Existem, além da própria gestação, fatores de risco que aumentam a chance de ocorrer ITU e sua recorrência, tais como história prévia e ou recente de ITU, práticas sexuais específicas, alterações anatômicas e má-formações do trato urinário, bexiga neurogênica, refluxo vesicoureteral, urolitíase, diabetes mellitus, distopias urogenitais, imunossupressão (como uso crônico de corticoides e infecção pelo HIV), imunoglobulinopatias, anemia falciforme, entre outros.

Febrasgo,2018

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 do trato urinário (ITU) de repetição ou recorrente (*International Continence Society / International Urogynecology Association*): como o diagnóstico de três episódios de infecção no curso de 12 meses, ou dois episódios

em seis meses, com demonstração objetiva de resolução de cada um dos episódios após tratamento. Febrasgo, 2018d

2.11.1. Bacteriúria assintomática

Caracteriza-se pela presença na urocultura de ≥ 100.000 colônias/ml, de um único germe, sem sintomatologia clínica. Toda gestante com evidência de bacteriúria assintomática deve ser tratada. BRASIL, 2013a 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.

2.11.2. Cistite

Se diferencia da bacteriúria assintomática por apresentar sintomas como disúria, polaciúria, urgência miccional, dor retropúbica e abdominal. Em geral, sem sintomas sistêmicos e afebril. Lembrar que vaginites e inflamações periuretrais podem dar sintomas de cistite.

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

Fonte: adaptado do BRASIL, 2016c e Febrasgo, 2018

* Na eventualidade da paciente apresentar infecção urinária pelo *Streptococcus β* 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 antibioticoterapia 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 trimetoprima devem ser evitadas no 1º trimestre pela ação teratogênica da trimetoprima 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 5,631 g de fosfomicina trometamol, equivalente a 3 g de fosfomicina. 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-se, após ter esvaziado a bexiga.

2.11.3. 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. BRASIL, 2012a

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

2.11.4. 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 (prevenção de recorrência das infecções urinárias na gravidez):

A profilaxia com antibióticos reduz em até 95% a chance de nova infecção. Inicia-se a quimioprofilaxia após o término do tratamento da infecção urinária, com urocultura de controle negativa.

Deve ser realizada quando houver:

- Um episódio de pielonefrite durante a gravidez;
- Duas ou mais ITUs baixas na gestação;
- Uma infecção urinária baixa associada a fatores de risco importantes para recorrência (como, por exemplo, litíase e malformação do trato urinário).

Recomenda-se a quimioprofilaxia, uma vez ao dia, durante a gravidez. Todas pela via oral e à noite (pela maior estase urinária e melhores resultados).

Pode ser realizada com:

- Nitrofurantoína 100 mg/dia, VO, 1 cp ao dia (até a 36ª semana de gestação). Após esse período, é recomendável substituir por cefalexina, devido ao risco de icterícia neonatal. OU
- Cefalexina 500 mg/dia, VO, 1 cp ao dia, até o parto OU
- Amoxicilina 500 mg/dia, VO, 1 cp ao dia, até o parto.

Uma vez instituída a antibioticoprofilaxia, aconselha-se manter até pelo menos 6 semanas de pós-parto, considerando que nesse período ainda há alterações fisiológicas que propiciam maior frequência de ITUs.

Fonte: Febrasgo, Infecções do trato urinário durante a gravidez, 2018

2.11.5. 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;
- Orientar os cuidados na coleta da urina para que a amostra seja a mais adequada possível, evitando as contaminações;
- Orientar os cuidados de higiene íntima para diminuir o risco de reinfecção;
- Encaminhar as gestantes com ITU de repetição (≥ 3 infecções) ou que tiveram pielonefrite (nesta gestação), para Telerregulação Avaliação Obstetrícia de risco;
- Realizar busca ativa às gestantes que estiveram internadas por TPP ou ITU;
- Registrar no prontuário eletrônico da paciente e na carteira de pré-natal, o diagnóstico, o tratamento instituído e os resultados dos exames.

2.12. Investigação e manejo do Estreptococo β Hemolítico do Grupo B

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 35^a e 37^a semana de gestação, para determinar a colonização. O método de rastreamento é através da cultura de secreção vaginal e retal, por SWAB, para GBS. FEBRASGO, 2016 e CDC,2018b

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. Na gestação o tratamento está recomendado nos casos de infecção urinária.

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. BRASIL, 2012b

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 35^a e 37^a semana de gestação, através da cultura de secreção vaginal e retal, por SWAB. Nos casos de infecção urinária durante a gestação por Estreptococo não há a necessidade de realizar esta pesquisa;

- 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.

2.13. Toxoplasmose

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, passando despercebida, não ocasionando danos ao organismo. Apenas 10% a 20% dos casos são sintomáticos, cursando com mal-estar, cefaleia, mialgia, linfadenopatia, acompanhados ou não de febre.

Porém, em dois grupos, a infecção aguda por *T. gondii* pode desencadear sérias repercussões: pessoas com imunossupressão e gestantes (nestas, pela possibilidade da toxoplasmose congênita). Na gestação, 90% das infecções são assintomáticas, reforçando a necessidade de triagem sorológica de rotina no acompanhamento do pré-natal.

NA GESTAÇÃO

Ocorrida a primoinfecção na gestante, um percentual significativo dos fetos pode ser contaminado por via placentária. Este risco varia de acordo com o estado imunológico materno, o tipo e a virulência da cepa do protozoário e o trimestre gestacional em que ocorreu a infecção. A taxa de transmissão vertical do *T. gondii* é diretamente proporcional à idade gestacional, enquanto a morbimortalidade fetal é inversamente proporcional ao tempo de gestação no momento da infecção aguda. No primeiro trimestre, de 15 a 20% dos fetos serão contaminados, chegando a 25 a 30% no segundo trimestre e 50 a 90% no terceiro trimestre. No entanto, o risco de fatores que alteram o desenvolvimento normal do feto é menor, quanto mais avançada for a gestação, ou seja, de 60 a 80% no primeiro trimestre, de 30 a 50% no segundo trimestre e de 10 a 20% no terceiro trimestre.

As lesões oculares são as manifestações mais frequentes da toxoplasmose congênita, correspondendo a cerca de 70% das afecções. Poderão ocorrer retinocoroidite, atrofia do nervo óptico, microftalmia, paralisia ocular, catarata e estrabismo. As alterações neurológicas podem ser de extrema gravidade: microcefalia, ventriculomegalia, surdez neurossensorial, encefalomalácia e

calcificações cerebrais. As alterações sistêmicas são menos comuns, mas podem ocorrer hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, oligo ou polidrâmnio e hidropsia com derrame pericárdico, sendo estas duas últimas secundárias à insuficiência cardíaca causada pela invasão do parasita no miocárdio. Além disso, a toxoplasmose na gestação pode ocasionar perda fetal, natimortalidade e prematuridade. BRASIL, 2022d

2.13.1. Formas de transmissão e prevenção

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

- Comer carne crua ou malcozida. Recomenda-se não as ingerir cruas ou malpassadas, 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;
- 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 pzinha. 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;
- 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.
- Raro: transplante de órgãos ou transfusão de sangue infectado.

Fonte: Febrasgo, 2017c

A prevenção da infecção aguda na gestação é de fundamental importância e pode ser alcançada por adequada orientação sobre hábitos alimentares e de higiene, reduzindo significativamente a contaminação da gestante pelo parasita. BRASIL, 2022d

2.13.2. Interpretação sorológica

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 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 avidéz fraca (baixa) ou intermediária, sugerindo doença recente, enquanto anticorpos antigos têm avidéz 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 avidéz forte, este não será realizado novamente.

Situação	Resultados		Interpretação
	IgG	IgM	
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	Positiva / reagente	Negativa / não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa / não reagente	Negativa / não reagente	Suscetibilidade. Realizar ações de prevenção.
	Positiva / reagente	Positiva / reagente	Possibilidade de infecção durante à gestação. Realizar avides de IgG na mesma amostra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avides forte/alta: Infecção adquirida antes da gestação. ▪ Avides fraca/baixa: Possibilidade de infecção durante a gestação.
	Negativa / não reagente	Positiva / reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo. Repetir a sorologia em três semanas, se o IgG positivar, a infecção na gestante será confirmada.
Primeira sorologia após o 1º trimestre da gestação	Positiva / reagente	Negativa / não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa / não reagente	Negativa / não reagente	Suscetibilidade
	Positiva / reagente	Positiva / reagente	Possibilidade de infecção durante à gestação.
	Negativa / não reagente	Positiva / reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo.
Sorologias subsequentes na gestante inicialmente suscetível	Positiva / reagente	Negativa / não reagente	Possibilidade de IgG falso negativo na amostra anterior. Provável imunidade remota.
	Negativa / não reagente	Negativa / não reagente	Suscetibilidade.
	Positiva / reagente	Positiva / reagente	Infecção durante a gestação.
	Negativa / não reagente	Positiva / reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo.

Fonte: Protocolo de notificação e investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita, MS, 2018

Toxoplasmose GESTACIONAL: definição de caso

Caso Suspeito	Caso Provável	Caso Confirmado	Caso Descartado
<ul style="list-style-type: none">• IgM positivo;• História clínica compatível;• USG com imagens compatíveis com Toxoplasmose congênita;• Qualquer gestante identificada em situação de surto de Toxoplasmose	<ul style="list-style-type: none">• IgM e IgG positivo e avides de IgG baixa ou indeterminada;• Aumento de titulação de IgG e IgM positivo;• 1ª sorologia, após 16 semanas de IG com IgM positivo e titulação de IgG acima de 300 UI/dl (atentar para a metodologia utilizada pelo laboratório)	<ul style="list-style-type: none">• Soroconversão de IgM e IgG na gestação;• Detecção do Toxoplasma em líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou órgãos;• Mão de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada	<ul style="list-style-type: none">• IgG reagente mais de 3 meses antes da concepção;• Índice de avides alto, colhido até a 16ª semanas de gestação;• Duas amostra de IgG negativas, colhidas com intervalo de 03 semanas, apesar de IgM positivo (nesse caso falso-positivo)

Fonte: Brasil, 2021d

2.13.2. Manejo no período gestacional

a) Cenário 1: gestante suscetível (IgM e IgG não reagentes):

- Solicitar as sorologias a cada trimestre gestacional. Na suspeita clínica, repetir a sorologia;
- Registrar no prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames;
- Orientar quanto às medidas higienodietéticas:
 - Não comer carne crua ou malpassada
 - Dar preferência para carnes congeladas
 - Não comer ovos crus ou malcozidos
 - Beber somente água filtrada ou fervida
 - Usar luvas para manipular alimentos e carnes cruas
 - Não usar a mesma faca para cortar carnes, vegetais e frutas
 - Lavar bem frutas, verduras e legumes (entretanto, recomenda-se não comer verduras cruas)
 - Evitar contato com gatos e com tudo que possa estar contaminado com suas fezes
 - Alimentar gatos domésticos com rações comerciais e evitar que circulem na rua, onde podem se contaminar, principalmente pela ingestão de roedores
 - Usar luvas e máscara se manusear terra (inclusive para varrer pátio com terra)

b) Cenário 2: gestante com IgG reagente e IgM não reagente:

Se sorologia realizada no 1º trimestre da gestação: compatível com infecção pregressa adquirida. Nesses casos, não se recomenda repetir a sorologia para toxoplasmose, mas devem-se manter as orientações higiênicas e dietéticas. As medidas de prevenção são importantes para todas as gestantes, para evitar a reinfecção, especialmente na presença de imunossupressão como HIV/AIDS, uso de imunossupressores (quimioterápicos e corticoides), entre outros. Destaca-se, entretanto, que, se essa sorologia for realizada tardiamente na gestação, não é possível excluir uma infecção aguda ocorrida no início. BRASIL, 2022d

c) Cenário 3: gestante com IgG não reagente e IgM reagente

Existem duas possibilidades: a primeira é de um falso-positivo de IgM e a outra é que a infecção aguda é muito inicial, não havendo tempo necessário para o surgimento da IgG.

Essas gestantes devem receber espiramicina na dosagem de 3 g/dia (dois comprimidos de 500 mg, de 8 em 8 h; é importante lembrar que a apresentação de 1,5 M.U.I. equivale a 500 mg) e repetir a sorologia em três semanas.

Possibilidades de resultados após a repetição dos exames:

- a) Se mantiver **IgG não reagente**: trata-se de falso positivo de IgM; recomenda-se suspender a espiramicina e conduzir a gestante como suscetível. Realizar as orientações higiênicas e dietéticas e repetição da sorologia conforme preconizado.
- b) Se ocorrer a **positivação de IgG**: estamos diante de uma soroconversão, ou seja, confirma-se a infecção aguda materna por *T. gondii*. A depender da idade gestacional, pode ser mantida a espiramicina ou ser realizada a troca para a associação de pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico.
 - **Em gestações com idade gestacional ≤ 16 semanas**: mantém-se a espiramicina.
 - **Em gestações após 16 semanas**: sugere-se a troca para o esquema tríplice.

- Após selecionar a indicação de risco (Toxoplasmose), a UBS deve encaminhar para a Telerregulação: Médico Infectologista - avaliação infectologia.
- Após a telerregulação, confirmando a necessidade do encaminhamento, a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia Toxoplasmose, pelo próprio telerregulador.
- O manejo terapêutico, conduta e seguimento do pré-natal serão definidos pela equipe da gestação de alto risco, sendo a gestante monitorada pela UBS.

d) Cenário 4: Sorologia IgM e IgG reagentes

a. Para gestações com idade gestacional ≤ 16 SEMANAS:

- **Com teste de avidéz alta:** descarta-se que a infecção tenha ocorrido na gestação em curso. Manter no pré-natal no risco habitual;
- **Com teste de avidéz intermediária ou baixa: considera-se infecção aguda, inicia-se espiramicina**
- Após selecionar a indicação de risco (Toxoplasmose), a UBS deve encaminhar para a Telerregulação: Médico Infectologista - avaliação infectologia.
- Após a telerregulação, confirmando a necessidade do encaminhamento, a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia Toxoplasmose, pelo próprio telerregulador.
- O manejo terapêutico, conduta e seguimento do pré-natal serão definidos, na sequência, pela equipe da gestação de alto risco, sendo a gestante monitorada pela UBS.

b. Para gestações com idade gestacional >16 SEMANAS:

- O resultado da avidéz não modifica a conduta, ou seja, se a avidéz for baixa, intermediária ou alta, a gestante será conduzida como infecção aguda. O tratamento deve ser iniciado o mais rapidamente possível, mediante provável infecção materna. **Sugere-se iniciar com o esquema tríplice.**
- Selecionar a indicação de risco (Toxoplasmose) e encaminhar para a Telerregulação: Médico Infectologista - avaliação infectologia.

- Após a avaliação do infectologista, confirmando a necessidade do encaminhamento, a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia Toxoplasmose, pelo próprio teleorientador.
- O manejo terapêutico, conduta e seguimento do pré-natal serão definidos, na sequência, pela equipe da gestação de alto risco, sendo a gestante monitorada pela UBS.

Algumas considerações importantes a saber:

- a) Conforme o seguimento do caso e a disponibilidade na investigação da infecção fetal no serviço especializado, através de PCR no líquido amniótico, as possibilidades terapêuticas podem variar: se este exame for positivo para *T. gondii*, o esquema tríplice será mantido até o parto, sem alternar com espiramicina. Se a PCR vier negativa, pode-se voltar à espiramicina, que também será mantida até o parto.
- b) Para casos de infecção aguda diagnosticada no terceiro trimestre gestacional, devido à elevada taxa de transmissão vertical, a recomendação é iniciar o esquema tríplice sem a realização da amniocentese. Os fármacos utilizados no tratamento tríplice atravessam a placenta e atingem elevadas concentrações nos tecidos fetais, diminuindo o risco de alterações fetais.

Fonte: baseado em BRASIL, 2022d

2.13.3. Medicações utilizadas no tratamento da toxoplasmose:

O tratamento para reduzir o risco de toxoplasmose congênita é indicado a todas as gestantes sintomáticas e assintomáticas com diagnóstico de toxoplasmose adquirida na gravidez.

Gestação ≤ 16 semanas:

- **Espiramicina:** (pode ser utilizado mesmo durante o 1º trimestre da gravidez) - cada comprimido tem 500mg e a dose diária é 3 gramas ao dia (2 comprimidos, VO, 8/8 horas).

Obs.: a apresentação de espiramicina 1,5 M.U.I. equivale a 500 mg.

Gestação > 16 semanas:

Esquema tríplice:

- Sulfadiazina, 3 g ao dia (dois comprimidos de 500 mg, VO, de 8/8 h);
- Pirimetamina, 50 mg ao dia (um comprimido de 25 mg, VO, de 12/12 h);
- Ácido folínico (ou Folinato de cálcio) 15mg, 1 comprimido, VO, ao dia. Não confundir com ácido fólico.

Obs.: Não há necessidade de suspender as medicações um mês antes do parto, como era preconizado antigamente, nem alternar com espiramicina.

Fonte: baseado BRASIL, 2018b, BRASIL, 2022d e Febrasgo, 2021g

Compete à UBS:

- Orientar todas as gestantes, suscetíveis ou não, periodicamente sobre as medidas de prevenção primária pelo risco de primo-infecção ou reinfeção pelo *T. gondii*;
- Instituir um gestor local que monitore os resultados 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;
- Realizar busca ativa às gestantes faltosas nas consultas de pré-natal;
- Manter os registros atualizados no prontuário eletrônico;
- **Nos casos de gestante suscetível a toxoplasmose:** repetir a sorologia trimestralmente. Enfatizar as medidas de prevenção nas consultas de pré-natal;
- **Nos casos de gestante com toxoplasmose gestacional (duvidoso ou confirmado):**
 - ✓ Vincular à maternidade de alta complexidade de referência da UBS;
 - ✓ Após selecionar a indicação de risco (Toxoplasmose), encaminhar para avaliação da Telerregulação: Médico Infectologista - avaliação infectologia.

- ✓ Após a Telerregulação:
 - **Em caso de toxoplasmose:** a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia Toxoplasmose (pelo telerregulador) cuja oferta de agenda estará disponível somente no Complexo Hospitalar de Clínicas;
 - **Caso descartado:**
 - O infectologista fará o retorno, via Telerregulação, para a UBS.
 - Após este retorno, a equipe de saúde deve reavaliar a gestante quanto aos outros fatores de risco. Caso não apresente critérios para considerá-la como alto risco, proceder a reestratificação no sistema e mudança da maternidade de vinculação. Se apresentar outros critérios para alto risco: encaminhar para avaliação da Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco.
- ✓ Monitorar a gestante com diagnóstico confirmado quanto à presença nas consultas do serviço de alto risco e ao uso correto da medicação;
- ✓ Iniciar o tratamento para toxoplasmose em 100% dos casos necessários, conforme as recomendações preconizadas;
- ✓ O seguimento gestacional e o manejo terapêutico serão norteados pela equipe do alto risco;
- ✓ Registrar, no prontuário e na carteira da gestante, os resultados dos exames laboratoriais e o esquema terapêutico prescrito;
- ✓ Notificar (através do CID O98.6: Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez). Preencher a ficha epidemiológica e enviar ao DS;
- ✓ Depois de confirmado o diagnóstico da Toxoplasmose gestacional não há necessidade de se repetir a sorologia na gestante. Estes exames só devem ser repetidos no pré-natal quando houver dúvidas quanto ao diagnóstico e nos casos de gestantes suscetíveis ou imunodeprimidas;
- ✓ Para solicitar os medicamentos para tratamento de toxoplasmose em gestante, a UBS deverá encaminhar a prescrição e a ficha do SINAN para o Distrito Sanitário (DS). O DS encaminha os medicamentos para a UBS (o DS possui estoque estratégico destes medicamentos). Para reposição do estoque estratégico, o DS encaminha solicitação web, prescrição, número do SINAN, idade gestacional, DPP e nome da UBS onde a gestante possui cadastro para o e-mail:

<assistenciafarmaceutica@sms.curitiba.pr.gov.br>

- ✓ 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.
- ✓ **Puerpério:** suspender a medicação materna. Orientar a puérpera que o tratamento visa somente impedir a transmissão vertical. A toxoplasmose materna não contraindica a amamentação.

2.14. 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, o 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 da Terapia Antirretroviral (TARV) 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 segundo e início do terceiro trimestre de gestação;
- Na admissão na maternidade;
- Durante a amamentação;
- Em qualquer outro momento, durante a gestação e amamentação, se houver exposições de risco ou violência sexual.

2.14.1. Aconselhamento

A UBS deve realizar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV de forma individualizada, durante a consulta, isto é, as orientações deverão ser prestadas previamente à coleta do exame - aconselhamento pré-teste e por ocasião da entrega do resultado - aconselhamento pós-teste.

No aconselhamento, as gestantes devem ser orientadas sobre:

- A diferença entre a infecção pelo HIV e a doença Aids, as formas de transmissão e os meios de prevenção;
- Quais os testes utilizados, o significado dos resultados, a confidencialidade dos mesmos e o conceito de janela imunológica;

- Os aspectos que envolvem a infecção e o estado de gravidez: consequências para a saúde materna, probabilidade de transmissão do vírus para o RN (na gestação, no parto e na amamentação) e a disponibilidade de tratamento;
- Os aspectos que envolvem a gestação, a eficácia das medidas preventivas, enfatizando a importância da adesão e o impacto positivo do uso de TARV para evitar a TV e para melhorar a qualidade de vida;
- Reforço da importância do uso regular dos métodos contraceptivos de barreira, como preservativos internos e externos, na prevenção de IST.

2.14.2. 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 resultado reagente 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. BRASIL, 2013d

Apesar de raros, resultados falso-reagentes nos testes para HIV em gestantes, podem ocorrer em função da presença de aloanticorpos. A aloimunização muitas vezes leva à produção de anticorpos que podem reagir de forma cruzada com os antígenos empregados nos ensaios utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV. São situações que exigem especial atenção: doenças autoimunes, múltiplos partos, transfusões sanguíneas, hemodiálise e vacinação recente. BRASIL, 2022c

Diagnóstico laboratorial	
Resultado	Observação
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 primeira coleta.
Amostra Reagente para HIV	Para confirmação do diagnóstico laboratorial, uma segunda amostra deverá ser coletada e submetida ao primeiro teste do Fluxograma 6, conforme estabelecido pela Portaria nº29, de 17/12/2013.
Amostra indeterminada para HIV	Uma amostra para carga viral deverá ser coletada.
Segunda amostra para confirmação do diagnóstico	
Não Reagente	Coletar uma terceira amostra e repetir o Fluxograma. Considerar a possibilidade de troca de amostras.
Amostra Reagente para HIV	Resultado definido com a segunda amostra, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Coletar amostra para carga viral e CD4.

Fonte: adaptado Brasil, 2018c

Testes Rápidos (TR)

A realização de TR de HIV está preconizada para os seguintes momentos no período gestacional:

- ✓ Na vinculação ao pré-natal, **independentemente** do trimestre gestacional;
- ✓ Nos casos de exposição de risco/violência sexual;
- ✓ No momento de admissão para o parto ou aborto.

Para os casos previamente diagnosticados, mediante comprovação sorológica laboratorial, seja no sistema *esau*de e ou da rede privada, não há necessidade de realizar TR.

Nas situações em que a gestante seja proveniente de outro serviço (privado/outros municípios), apresentando sorologia previa negativa, está indicada a realização do TR.

Ressaltamos a importância da testagem da parceria sexual.

O aconselhamento pré-teste, a realização da testagem, a interpretação e conduta frente aos resultados, deve seguir as recomendações preconizadas no capítulo de cada agravo. Atentar para as boas práticas de realização da TR, tais como, uso correto dos insumos, o tempo de leitura e a organização do ambiente. Considerar e orientar sobre o período da janela imunológica.

Os TR estão recomendados para testagens presenciais, pois são simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório, por uma equipe capacitada.

Em alguns casos, devido às limitações de cada ensaio, 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 com vírus atenuados; 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).

“A infecção pelo HIV é definida com dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes, usados sequencialmente. Recomenda-se, ainda, que a presença do vírus seja confirmada com o teste de quantificação da carga viral do HIV, o qual, além de descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente, já consiste no primeiro exame de monitoramento.” BRASIL, 2016h

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.

Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue total			
TR1	TR2	Resultado	Observação
Não reagente	-	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.
Reagente	Reagente	Amostra reagente para HIV	Resultado definitivo com o Fluxograma 1, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17/12/2013.
Reagente	Não Reagente	-	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: BRASIL, 2018c

Observação:

- 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.
- Recomenda-se que no laudo seja incluída uma observação indicando a necessidade da imediata realização do exame de carga viral.

2.14.3. Manejo da gestante - Amostra Não Reagente para HIV

Compete à UBS:

- Fazer aconselhamento pré e pós-teste;
- Orientar a usuária quanto aos modos de transmissão;
- Reforçar a importância do sexo seguro, orientando quanto a utilização de preservativos, especialmente durante a gestação e amamentação;

- Repetir a sorologia no 2º e início do 3º trimestre;
- Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada após 30 dias. Avaliar a possibilidade de janela imunológica;
- Ofertar as testagens rápidas para HIV e sífilis às parcerias sexuais.

Cuidados durante o período de amamentação:

Para as gestantes que apresentarem sorologia não reagente para HIV durante o pré natal, orientar sobre o risco da transmissão vertical através do aleitamento materno.

Orientar e ressaltar a importância do uso de preservativos e em casos de relações sexuais desprotegidas ou exposições de risco, realizar a testagem rápida para o HIV. Nesses casos, se o resultado for **não reagente**: encaminhar para a realização da PEP (profilaxia pós-exposição). Se resultado for **reagente**, em mulheres que estejam no período de lactação, a equipe de saúde deve suspender imediatamente a amamentação e realizar os demais cuidados necessários à mãe e a criança.

Parceria sorodiscordante:

Em caso de parceria sorodiscordante, ou seja, a parceria sexual da gestante é uma pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA): a gestante deverá ser orientada sobre a Prevenção Combinada, que consiste em um conjunto de diferentes ações/estratégias para evitar as IST's e o HIV. Entre elas está o uso de preservativos em todas as relações sexuais, o correto uso da TARV pela parceria para a manutenção da CV-HIV não detectável e o uso pela gestante de PEP e/ou PrEP (profilaxia pré-exposição). No caso da sorodiscordância, encaminhar a gestante para Telerregulação/avaliação infectologia - para que o telerregulador oriente sobre o manejo destas estratégias.

2.14.4. 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 pela própria gestação, dentre outras situações, pode produzir resultados falso-reagentes ou indeterminados em qualquer ensaio imunológico.

Considera-se uma amostra indeterminada para HIV quando a PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) resulta REAGENTE e a ETAPA II (CONFIRMATORIO) resulta NÃO REAGENTE (ausência de bandas), com INTERPRETAÇÃO FINAL DA AMOSTRA: Amostra INDETERMINADA para HIV.

Frente a um resultado indeterminado, conforme a portaria MS/SVS 29 de 17 de dezembro de 2013, deve-se solicitar e coletar, o mais breve possível, o exame de Quantificação do RNA do HIV-1 - Carga Viral (teste molecular). Encaminhar o caso para análise da infectologia, através da Telerregulação: Médico Infectologista/avaliação infectologia.

Compete à UBS:

- Esclarecer a usuária quanto ao significado do resultado que pode ser falso positivo;
- Avaliar os riscos para infecção pelo HIV;
- Ofertar as testagens rápidas para HIV e sífilis às parcerias sexuais;
- Vincular à maternidade de alta complexidade de referência da UBS;
- Solicitar o exame de carga viral (CV-HIV) com priorização da coleta. No prontuário eletrônico, o código de solicitação é 0202031071 (QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1);
- Após selecionar a indicação de risco (HIV), encaminhar para a Telerregulação: Médico Infectologista/avaliação infectologia.

- Realizar busca ativa das gestantes faltosas nas consultas de pré-natal;
- Manter os registros atualizados no prontuário eletrônico.
- Após o telerregulador avaliar o caso, conforme os resultados dos exames, a gestante pode ser considerada como:
 - ✓ **Caso confirmado:** a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia imunodeficiência (pelo telerregulador) cuja oferta de agenda estará disponível somente no Complexo Hospitalar de Clínicas. Compete à UBS monitorar e manejar o caso conforme os cuidados preconizados no item 2.14.5 “Amostra Reagente para HIV”.
 - ✓ **Caso descartado:**
 - O infectologista fará o retorno, via Telerregulação, para a UBS.
 - Após este retorno, a equipe de saúde deve reavaliar a gestante quanto aos outros fatores de risco. Caso não apresente critérios para considerá-la como alto risco, proceder a reestratificação no sistema e mudança da maternidade de vinculação. Se apresentar outros critérios para alto risco: encaminhar para avaliação da Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco.
 - Enfatizar as medidas de prevenção nas consultas de pré-natal.
 - Repetir sorologia para HIV no 2º e início do 3º trimestre. Se resultarem novamente em AMOSTRAS INDETERMINADAS, encaminhar o caso para análise da infectologia, através da Telerregulação: Médico Infectologista/avaliação infectologia.

2.14.5. Manejo da gestante - Amostra Reagente para HIV

Compete à UBS:

- Avaliar a compreensão da gestante sobre a infecção pelo HIV e sua evolução, assim como o risco de TV e a elevada eficácia das medidas preventivas. Reforçar a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e o uso da TARV fortalecendo a adesão ao tratamento e ao seguimento; BRASIL, 2019a
- Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de infecção oportunista (IO). Como a tuberculose (TB) é a

principal causa de óbito por doença infecciosa definida em PVHA, recomenda-se que seja investigada em todas as consultas de pré-natal. Deve-se questionar a gestante sobre sintomas respiratórios, se apresenta tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A existência de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada. Perguntar também se há história de contato com pessoas com diagnóstico de tuberculose sem o devido tratamento da infecção latente (ILTb), ou se há sintomático respiratório entre os seus contatos;

- Vincular à maternidade de alta complexidade de referência da UBS;
- Solicitar os exames a seguir, PRIORIZANDO a coleta:
 - Hemograma e glicose de jejum (e toda a rotina de pré-natal caso ainda não tenha sido solicitada);
 - Dosagem de lipídios: colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos;
 - Avaliação hepática e renal: TGO, TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas totais e frações, ureia, creatinina e parcial de urina;
 - Anti-HAV IgG, Anti-HBs, HBsAg, Anti-HCV e rastreamento para sífilis (caso não tenham sido realizados);
 - Quantificação de RNA do HIV-1 (código 0202031071);
 - Contagem de linfócitos CD4/CD8 (código 0202030024);

Observação: a genotipagem HIV será solicitada na consulta especializada (Obstetrícia imunodeficiência).

- Após selecionar a indicação de risco gestacional (HIV), encaminhar para telerregulação: Médico Infectologista/avaliação infectologia. Após a Telerregulação, a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia imunodeficiência (pelo telerregulador), cuja oferta de agenda estará disponível somente no Complexo Hospitalar de Clínicas;
- Iniciar TARV imediatamente após a coleta dos exames de linfócitos LT-CD4+ e de carga viral (CV-HIV), antes mesmo de dispor dos resultados destes. Seguir as orientações preconizadas no item 2.14.6 “Utilização da TARV na gestação”;

- Mesmo encaminhando ao serviço de alto risco, a UBS deve continuar monitorando a gestante, garantindo a manutenção do vínculo;
- Independentemente do resultado de CV-HIV, recomenda-se que as gestantes mantenham o uso de preservativo masculino (externo) ou feminino (interno) em suas relações sexuais, protegendo-se da sífilis e outras IST;
- Notificar a cada nova gestação utilizando o CID 10: Z21 (Gestantes HIV);
- Verificar se há registro de notificação de Aids – CID 10: B24 e caso não haja registro prévio, também será necessário realizar esta 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. BRASIL, 2019a

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

- 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;
- Em qualquer momento do pré-natal, quando houver dúvidas quanto a adesão à TARV pela gestante.

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 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.

Parceria sorodiscordante:

No caso de resultado não reagente para o HIV na parceria sexual, orientar sobre a Prevenção Combinada, que consiste em um conjunto de diferentes ações/estratégias para evitar infecções sexualmente transmissíveis e HIV.

Entre elas, está recomendado o uso de preservativo em todas as relações sexuais e o uso de PEP (profilaxia pós-exposição) e/ou PrEP (profilaxia pré-exposição). A parceria deve ser orientada sobre todos os procedimentos/opções disponíveis para prevenção da transmissão do HIV através de teleconsulta na Central de Atendimento Saúde Já Curitiba (teleprep), com agendamento pelo telefone 3350-9000 ou pelo e-mail teleprep@sms.curitiba.pr.gov.br.

2.14.6. Utilização da TARV na gestação

A TARV está indicada para toda gestante vivendo com HIV/Aids e deve ser mantida após o parto, independentemente da contagem de LT-CD4+ e dos sinais/sintomas clínicos da mulher.

A TARV poderá ser iniciada na gestante imediatamente após a coleta dos exames de LT-CD4+ e CV-HIV, antes mesmo de dispor dos resultados destes, com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rápido possível.

a) Gestante sem diagnóstico prévio de HIV:

Para gestante em início de TARV durante a gestação, o esquema inicial preferencial é o mesmo recomendado para todos os adultos: tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg – 1 comprimido ao dia, associado ao dolutegravir 50 mg – 1 comprimido ao dia, preferencialmente após uma refeição, para evitar interação medicamentosa com suplementos e polivitamínicos que contenham cálcio ou ferro. Este esquema pode ser iniciado em qualquer idade gestacional pois é seguro e bem tolerado

Realizar a prescrição em receita branca simples e no formulário de dispensação de ARV - TRATAMENTO, disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php

Orientar a gestante a retirar os medicamentos em uma das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) do município de Curitiba (endereços disponíveis em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/APS/doencas%20transmissiveis/Fluxo%20HIV_AIDS%20APS%2003_07.pdf, página 4), portando a receita, o formulário, um documento de identificação com foto e comprovante de residência.

b) Gestante com diagnóstico prévio de HIV e em uso de TARV:

Para gestantes em uso de TARV prévia ao diagnóstico da gestação e que apresentem CV-HIV abaixo de 50 cópias/mL, recomenda-se manter o esquema ARV já em uso.

Se a CV-HIV estiver acima de 50 cópias/mL, a gestante deverá manter a ARV e ser avaliada quanto à adesão e interação medicamentosa. Neste caso o exame de genotipagem HIV será solicitado na consulta especializada (Obstetrícia imunodeficiência) para adequação da TARV.

Atenção: apenas para os esquemas contendo darunavir 800 mg + ritonavir 100 mg 1 vez ao dia, que deverão ter sua dose ajustada para darunavir 600 mg a cada 12 horas + ritonavir 100 mg a cada 12 horas.

c) Gestante com diagnóstico prévio de HIV e com interrupção do uso de TARV:

A mulher em situação de interrupção de uso de TARV e que engravida deve iniciar um esquema de TARV de resgate, que será orientado pelo médico da Telerregulação/avaliação infectologia.

Após o parto, a puérpera deverá ser orientada quanto a importância do acompanhamento clínico e ginecológico, assim como sobre o seguimento da criança.

Importante!

Todas as gestantes e puérperas vivendo com HIV/Aids deverão ser orientadas a não amamentar e sobre o direito de receber a fórmula láctea infantil.

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se cabergolina 1mg, via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg), administrada antes da alta hospitalar. Caso ocorra lactação rebote, ou seja, ocorra o retorno da produção do leite, fenômeno pouco comum, pode ser realizada uma nova dose deste inibidor. O medicamento está disponível nas UDM e é liberado mediante prescrição simples.

É muito comum, após o parto, perda do seguimento, redução da adesão da mulher ao tratamento e o não comparecimento às consultas agendadas. O tratamento e o acompanhamento devem ser estimulados e monitorados pela UBS, inclusive realizando busca ativa, se necessário.

2.14.7. Imunizações em gestantes vivendo com HIV/AIDS

Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em PVHA sintomáticas, com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ inferior a 200 céls/mm³) ou com presença de IO 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 exceções são as vacinas da Covid-19 e da gripe (influenza), que devem ser administradas conforme recomendado para todas as gestantes, independentemente do resultado da contagem de LT-CD4+.

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, encaminhar para a Telerregulação/avaliação infectologia.

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, com complementação do esquema após o parto. BRASIL, 2022c

A gestante vivendo com HIV/Aids deve ser encaminhada ao Centro de Referências em Imunobiológicos Especiais (CRIE) para receber as vacinas especiais, que não estão disponíveis na UBS. Deverá levar, em mãos, uma

prescrição ou encaminhamento constando as vacinas recomendadas, o CID B24 e o resultado do exame de contagem de LT-CD4+.

As imunizações que podem ser indicadas estão especificadas a seguir:

Imunizações em gestantes vivendo com HIV / Aids	
Imunização	Recomendação - avaliar contagem de LT-CD4+ e condição clínica da gestante
Vacina pneumocócica 13-valente conjugada (VPC13)	Uma dose. Após intervalo de 2 meses, aplicar Pneumo 23. No caso de vacinação anterior com Pneumo 23, aplicar uma dose de Pneumo 13 com intervalo de 12 meses entre as vacinas.
Vacina meningocócica ACWY conjugada (MenACWY)	Duas doses com intervalo de 8 a 12 semanas, e revacinar a cada cinco anos.
Vacina pneumocócica 23-valente de polissacarídeos (VPP 23)	Duas doses com intervalo de cinco anos, independentemente da idade. Observar um ano de intervalo entre a Pneumo 23 e a Pneumo 13.
Vacina <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Duas doses com intervalo de 8 a 12 semanas, independentemente da idade.
Vacina para tétano e difteria (dT)	Uma ou duas doses, em qualquer momento de gestação, se vacinação incompleta para tétano e difteria. Ver orientações detalhadas no capítulo de Imunizações deste protocolo.
Vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa)	Aplicar uma dose de dTpa a cada gestação a partir da 20ª semana, independentemente de vacinação anterior. Ver orientações detalhadas no capítulo de Imunizações deste protocolo.
Vacina para hepatite B (HB)	Recomendada para as gestantes caso não haja histórico de vacinação completa e se HBsAg e anti-HBs não reagentes. 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).
Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)	Recomendada para as gestantes suscetíveis, em

	situação de risco de exposição (ex.: usuárias de drogas que compartilham seringa 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.
Vacina para hepatite A (HA)	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HAV IgG negativas). Realizar duas doses com intervalo de 6 a 12 meses.
Influenza / H1N1 (INF)	Recomendada anualmente para PVHA, antes do período da influenza. Vacina inativada trivalente, uma dose anual. Pode ser feita na gestação.
Imunoglobulina para vírus da varicela-zoster (VZV)	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-VZV negativas), após exposição a pessoas com infecção ativa por varicela.

Fonte: Brasil, 2022c

2.15. 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 congênitas precoces ou tardias. A sífilis congênita é passível de prevenção quando a gestante infectada for tratada adequadamente.

2.15.1. Formas de transmissão

Predominantemente por via sexual. Mais comuns no 1º ano de infecção, nas fases primária e secundária. A transmissão vertical pode ocorrer intraútero 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.

A sífilis tratada e curada não confere imunidade, pode-se contrair a infecção tantas vezes quantas for exposta ao *T. pallidum*.

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/tardia). Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões mucocutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele. Essas lesões se tornam raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença. BRASIL, 2022c

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão pode ocorrer, ainda, durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sifilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (sendo maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto. Até 50% das gestações em mulheres com sífilis não tratada terão desfechos adversos, entre eles morte in utero, parto pré-termo, baixo peso ao nascer ou morte neonatal. BRASIL, 2022c

2.15.2. 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. **Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis.** Adaptado BRASIL, 2022c

Estadiamento e manifestações clínicas da sífilis

Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução	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 e mãos. Linfonodos regionais.
	Secundária: 6 semanas a 6 meses após a cicatrização do cancro duro	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: até um ano de 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.
Sífilis tardia: mais de um ano de evolução	Latente tardia: Infecção > 1 ano	
	Terciária	É comum o acometimento do sistema nervoso (meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> , quadros demenciais e outros); cardiovascular (aneurisma da aorta, aortite, estenose das coronárias); gomas sífilíticas na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido, periostite, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares

Fonte: adaptado do BRASIL, 2021a e BRASIL, 2022c

2.15.3. Diagnóstico laboratorial e manejo

A testagem universal das gestantes e o tratamento das infectadas são reconhecidas como custo-efetivas em todo o mundo. É essencial o rastreamento durante a gestação, a despeito de história ou exame clínico maternos. Como, diferentemente de outras infecções, a sífilis não confere imunidade, pode ser readquirida na mesma gestação se parceiros estiverem contaminados e não tratados. BRASIL, 2022c

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 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.

Fonte: BRASIL, 2016b

Os testes treponêmicos (ex.: testes rápidos, FTA-Abs, TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínicoepidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa. Ainda assim, os testes não treponêmicos devem ser solicitados para acompanhamento sorológico. BRASIL, 2022c

Para diagnóstico da sífilis solicitar no sistema: **Rastreamento da Sífilis-Quimioluminescência**. Preconizado na rotina do 1º, 2º e 3º trimestre da gestação e para as investigações das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta:

Primeiro teste + Teste complementar	Possíveis interpretações	Conduta
Teste treponêmico (Quimioluminescência) reagente + teste não treponêmico (VDRL/RPR) reagente	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de sífilis: classificação do estágio clínico a ser definido de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. • Cicatriz sorológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico (VDRL/RPR) e notificar o caso de sífilis. • Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste treponêmico reagente + teste não treponêmico não reagente	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do treponêmico previamente realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. • Cicatriz sorológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico (VDRL/RPR) e notificar o caso de sífilis. • Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. • Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Teste treponêmico não reagente. Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária.	Ausência de infecção ou período de janela imunológica de sífilis recente	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, realizar nova testagem em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (exemplo: visualização de úlcera anogenital) ou caso o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido. • Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar

Fonte: baseado no GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MS, 2023

Metodologia utilizada pelo Laboratório Municipal de Curitiba:

- 1º Teste treponêmico: Quimioluminescência
- Teste não treponêmico: VDRL/RPR
- 2º Teste treponêmico: metodologia diferente da Quimioluminescência (podendo ser Teste Rápido ou FTA- abs)

Cicatriz sorológica: persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento para sífilis adequado e documentado, e afastada a possibilidade de reinfecção. BRASIL, 2023c

Janela imunológica: período entre a infecção e a produção suficiente de anticorpos para serem detectados por testes imunológicos

Testagem rápida (TR) para sífilis:

Como são testes treponêmicos (TT), a positividade confirma a presença de infecção (atual ou prévia) e autoriza o tratamento em gestantes sem tratamento anterior. Importante salientar que, mesmo após tratamento correto, não ocorrerá negatização do TR, situação semelhante à dos outros testes treponêmicos, como TPHA ou FTA-Abs. BRASIL, 2022c

Está preconizada no período gestacional:

A realização de TR de sífilis está preconizada para os seguintes momentos no período gestacional:

- ✓ Na vinculação ao pré-natal, **independentemente** do trimestre gestacional;
- ✓ Nos casos de exposição de risco/violência sexual;
- ✓ No momento de admissão para o parto ou aborto.

Para os casos previamente diagnosticados, mediante comprovação sorológica laboratorial, seja no sistema *esau*de e ou da rede privada, não há necessidade de realizar TR.

Nas situações em que a gestante seja proveniente de outro serviço (privado/outros municípios), apresentando sorologia previa negativa, está indicada a realização do TR.

Ressaltamos a importância da testagem da parceria sexual.

O aconselhamento pré-teste, a realização da testagem, a interpretação e conduta frente aos resultados, deve seguir as recomendações preconizadas no

capítulo de cada agravo. Atentar para as boas práticas de realização da TR, tais como, uso correto dos insumos, o tempo de leitura e a organização do ambiente. Considerar e orientar sobre o período da janela imunológica.

Nos casos de TR reagente, se este for o 1º teste realizado, recomenda-se:

- Em todos os casos de gestantes, sem histórico prévio de sífilis, 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 a 1ª dose de penicilina benzatina imediatamente, isto é, Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única, sendo 1,2 milhões UI em cada glúteo, 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. Solicitar no sistema: **Rastreamento da sífilis – Quimioluminescência**
 - ✓ Se a amostra do sangue coletado confirmar o diagnóstico de sífilis: completar o tratamento conforme o estágio clínico + realizar o monitoramento + notificar;
 - ✓ Se a amostra do sangue coletado for concluída como ausência de sífilis, suspender o tratamento, não notificar e repetir a testagem conforme as recomendações. Persistindo a suspeita de sífilis, repetir teste após 30 dias.
- Monitoramento da resposta ao tratamento: os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o seguimento. Esses testes não permitem a realização de titulação e espera-se que permaneçam reagentes por toda a vida. (MS, 2016). Para os seguimentos dos casos de sífilis, realizar testes não treponêmicos. No sistema solicitar: **Teste não treponêmico - controle pós-tratamento para sífilis**

Fonte: adaptado do BRASIL, 2022c

2.15.4. Tratamento

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

Recomenda-se **tratamento imediato** com Benzilpenicilina após apenas 1 (um) teste reagente para sífilis nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento;
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

A realização do tratamento, após um teste reagente para sífilis, não exclui a necessidade do segundo teste (para melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (para o controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (para a interrupção da cadeia de transmissão).

Estágio clínico	Esquema terapêutico na gestação
<p>Sífilis recente:</p> <p>sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)</p>	<p>Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)</p>
<p>Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária</p>	<p>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. Intervalo ideal de 7 dias entre as doses.</p>
<p>Neurossífilis</p>	<p>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.</p>

Fonte: adaptado do BRASIL, 2021a e BRASIL, 2022c

Importante!

- Para gestantes, o intervalo ideal entre as doses de benzilpenicilina benzatina é de 7 (sete) dias.
- Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes no 7º dia, é necessário realizar imediatamente a busca ativa.
- Em gestantes que apresentarem atraso entre as doses superior a 9 (nove) dias, em qualquer esquema de tratamento prescrito, é necessário repetir o esquema terapêutico completo.
- Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver entre sete e nove dias. Qualquer esquema com intervalos superiores a nove dias ou inferiores a sete dias entre as doses deve ser considerado como tratamento inadequado.

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-.DATHI/SVSA/MS. Brasil, 2023b

Gestantes alérgicas a penicilina deverão ser encaminhadas para dessensibilização. Sinalizar a situação através do e-mail da Priorização Ginecologia Obstetrícia <priorizago@sms.curitiba.pr.gov.br>

Para fins clínicos e assistenciais, considera-se como **tratamento adequado** da gestante com sífilis:

- Administração de Benzilpenicilina benzatina;
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto;
- Tratamento finalizado antes do parto;
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da infecção;
- Respeito ao intervalo recomendado entre as doses.

Fonte: BRASIL, 2022c

Parceria sexual de gestantes com sífilis:

Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio

clínico. A avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção. BRASIL, 2022c

- 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 anteriormente, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina* benzatina.
- Notificar apenas os casos confirmados. CID 10: A53.9

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, 12/12h, por 15 dias;
- Para sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 30 dias.

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.

Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento.

2.15.5. Seguimento após tratamento

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com a mesma metodologia utilizada para o diagnóstico.

- Gestantes: VDRL/RPR Mensal (até o final da gestação).

- População não gestante (incluindo PVHIV e puérperas): VDRL a cada 3 meses até o 12º mês (3, 6, 9, 12 meses).

O monitoramento do VDRL das gestantes e da população em geral, conforme a periodicidade recomendada, não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas, principalmente, descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

RESPOSTA IMUNOLÓGICA AO TRATAMENTO DE SÍFILIS: teste não treponêmico não reagente ou redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia), após tratamento adequado.

Muitas vezes, é difícil diferenciar reinfecção, reativação, falha terapêutica e resposta imunológica mais lenta, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais ou sintomas clínicos novos, reexposição de risco, violência sexual, comorbidades, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

A resposta imunológica adequada mais rápida pode não ser obtida durante a gestação, a depender do momento em que o tratamento foi realizado, sendo essa resposta mais comum quando os títulos não treponêmicos são mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente).

CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS: REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO:

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

- ✓ Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1/16 para 1/64);
OU
- ✓ Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado;
OU

- ✓ Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Fonte: BRASIL, 2022c

O esquema de retratamento, se para sífilis recente ou tardia, irá depender da análise de cada caso.

2.15.6. Assistência ao pré-natal na UBS:

- Iniciar o pré-natal precocemente;
- Realizar o Teste Rápido (TR) para sífilis no momento da vinculação ao pré-natal. Registrar a realização do TR no prontuário no campo “Outros SADT” como Teste Rápido para Sífilis na gestante ou Pai/parceiro (código 0214010082) e na carteira de pré-natal;
- Na presença de soroconversão laboratorial na gestação, importante investigar outras IST, como HIV, Hepatites Virais B e C;
- Instituir o início do tratamento penicilínico para os casos reagentes já no TR sem história previa de tratamento (exceto para os casos de comprovada alergia medicamentosa);
- Solicitar e **priorizar** a coleta dos exames de rotina do pré-natal. O exame de rastreamento da sífilis faz parte da rotina investigatória em cada trimestre da gestação;
- Realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento da parceria sexual das gestantes com sífilis. Registrar os dados no prontuário e na carteira de pré-natal;
- Tratar e monitorar a realização completa 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 da infecção é desconhecido o esquema de tratamento penicilínico preconizado é na dose total de 7,2 milhões UI;
- Considerar como cicatriz sorológica apenas os casos que preencham os critérios de definição e registrar na Carteira de pré-natal as datas do tratamento anterior realizado;
- Disponibilizar na UBS a penicilina G benzatina e outros insumos necessários para sua administração;
- Solicitar o monitoramento dos casos identificados como sífilis reagente na gestação com teste não treponêmico (VDRL/RPR) **mensalmente**. Preconiza-se iniciar a coleta do exame de seguimento 30 dias após o término do tratamento;

- Monitorar a realização dos exames e os níveis das titulações do VDRL/RPR nos casos reagentes;
- Registrar na carteira de pré-natal os resultados dos exames (datas e títulos) e o tratamento realizado (datas e doses) para a gestante e sua parceria sexual;
- Orientar o uso de preservativo, durante e após tratamento, evitando a reinfecção. Como a sífilis pode ser readquirida na mesma gestação após um primeiro tratamento, porque não confere imunidade definitiva, o uso de preservativo deve ser sempre estimulado. BRASIL, 2022c
- Notificar todos os casos diagnosticados como sífilis. Se gestante, notificar com CID O98.1. Parceiro, se caso confirmado, com CID 10 A53.9. As situações que forem consideradas como cicatriz sorológica não devem ser notificadas.
- Critérios de notificação para sífilis
 - ✓ Para as **gestantes**: utilizar **CID 10 O98.1** - Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério. As notificações devem seguir os critérios abaixo:
 - 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.

2.16. Infecções sexualmente transmissíveis e corrimentos vaginais

A importância da detecção e tratamento das IST na gestação vai além do sofrimento materno, podendo causar aborto, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas ou morte do RN. BRASIL, 2015c

Manifestações clínicas das IST e os respectivos agentes etiológicos		
	Agente etiológico	Manifestações clínicas
Úlcera Anogenital	<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
Corrimento Uretral / vaginal	<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 (não considerada IST)
Doença Inflamatória Pélvica	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , Bactérias anaeróbias, ex: <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Haemophilus influenza</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> .	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite etc.
Verruga anogenital	HPV (vírus do papiloma humano)	Condiloma acuminado

Fonte: baseado no BRASIL, 2015c

2.16.1. 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	
Disúria	Prurido vulvovaginal (principal sintoma)
Dispareunia	Corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso, de “leite coalhado”
Hiperemia	Fissuras vulvar
Edema vulvar	Placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrimdo a vagina e o colo

Tratamento	
Em gestantes	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.
Não gestantes	Fluconazol 150mg, VO, dose única
Parceria sexual	Não precisam de tratamento, exceto os casos sintomáticos

Fonte: baseado Brasil, 2019d

2.16.2. Vaginose bacteriana

Os cuidados na prevenção e o diagnóstico e o tratamento adequados das vulvovaginites e cervicites durante o período gestacional revestem-se de extrema importância, contribuindo para o bem-estar materno e prevenindo desfechos gestacionais desfavoráveis ao binômio materno-fetal.

Vaginose bacteriana (VB) é um estado de desequilíbrio da flora vaginal caracterizado pela substituição da flora microbiana dominada por *Lactobacillus* por bactérias anaeróbias e facultativas. Embora existam variações entre mulheres, as espécies mais frequentemente encontradas são *Gardnerella*, *Atopobium*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Sneathia*, *Bifidobacterium*, *Dialister*, *Clostridium* e *Mycoplasmas*. FEBRASGO, 2018

A VB aumenta o risco de aquisição das IST como a *Chlamydia trachomatis*, a *Neisseria gonorrhoeae* e 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 diagnóstico clínico da VB é baseado na queixa (odor desagradável e corrimento branco fluido) e no exame ginecológico. O exame especular permite confirmar a presença de conteúdo vaginal de aspecto homogêneo, geralmente em pequena quantidade, de coloração esbranquiçada ou acinzentada. No entanto, cerca de **50% das mulheres não apresentam sintomas**.

Características clínicas: secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. 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.

Teste de apoio diagnóstico: pH vaginal superior a 4,5; Teste das aminas positivo; Liberação de odor fétido com KOH a 10%; presença de *Clue cells* na bacterioscopia por Gram; Leucócitos escassos; Corrimento homogêneo e fino.

Muito embora o exame citologia cérvico-vaginal não seja a escolha para avaliação da microbiota vaginal, este exame apresenta sensibilidade de 92% e especificidade de 97% para detecção de vaginose bacteriana. MS 2018

O tratamento está recomendado para:

- Grávidas diagnosticadas clinicamente e/ou laboratorialmente;
- Mulheres sintomáticas;
- As que apresentem comorbidades ou potencial risco de complicações, como previamente à inserção de DIU e cirurgias ginecológicas.

Tratamento	
Em gestantes	Uso no 1º trimestre da gestação: Clindamicina 300mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias. Após o 1º trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 3x ao dia, por 7 dias ou Metronidazol 250mg, 2 cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
Não gestantes	Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 3x ao dia, por 7 dias ou Metronidazol 250mg, 2 cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias.
Parceria sexual	Não está recomendado

Fonte: adaptado do BRASIL, 2013a e BRASIL, 2019d

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.

2.16.3. Tricomoniase

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. BRASIL, 2015c

Sinais e sintomas

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

Diagnóstico laboratorial

No exame a fresco, presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes. Teste das aminas negativo ou fracamente positivo. Pode haver alterações morfológicas celulares, alterando a classe do exame citopatológico, o qual deve ser repetido três meses após o tratamento.

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

Fonte: adaptado do BRASIL, 2013a e BRASIL, 2019d

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.

2.16.4. 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 5 a 14 dias.

Diagnóstico laboratorial

- Clamídia: detecção por pesquisa de anticorpos Imunoenzimáticos – código: 0202030725.
- Gonococo: bacterioscopia e cultura de secreções gerais em meio seletivo e em meio de transporte Amies-ana. Pode ser realizada a coleta uretral e endocervical, dependendo da clínica do usuário.

Tratamento para Clamídia	
Em gestantes	Azitromicina 500mg, VO, 2 cp em dose única
Não gestantes	Azitromicina 500mg, VO, 2 cp, em dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias
Parceria sexual	Indicado tratamento

Tratamento para infecção Gonocócica

(Anogenital não complicada - uretra, colo do útero e reto)

Em gestantes e não gestantes	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Azitromicina 500mg, VO, 2 cp, em dose única
Parceria sexual	Indicado tratamento

Fonte: BRASIL, 2019d

2.16.5. 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.

Diagnóstico diferencial

Cancro duro, Herpes simples, Linfogranuloma venéreo, Donovanose e 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

Em gestantes	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única; OU Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.	Orientar medidas locais de higiene. Reavaliar a paciente 7 dias após o início do tratamento.
Parceria sexual	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única; OU Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.	Orientar medidas locais de higiene. O tratamento está recomendado mesmo nos casos assintomáticos.

Fonte: BRASIL, 2019d

2.16.6. 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, 2011a

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% e 8% transmissão durante o trabalho de parto e em 8-10% no pós-parto, por manipulação do lactente por pessoas infectadas. FEBRASGO, 2011a

Diagnóstico diferencial

Os diagnósticos diferenciais incluem o cancro mole, sífilis, linfogranuloma venéreo e ulcerações traumáticas.

Diagnóstico

- Clínico. A sorologia não é de rotina.

- A coloração pelo Papanicolaou permite a observação de inclusões virais na fase de vesículas (baixa sensibilidade);

Tratamento de herpes genital	
Infecção primária	Aciclovir 200mg, 2 cp, VO, 8/8 horas, por 7 dias
Recidivas	Aciclovir 200mg, 2 cp, VO, 8/8 horas, por 5 dias
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.
Obs.:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário; • Recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões. • Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36^a semana, com aciclovir 400mg, 3x/dia. 	

Fonte: BRASIL, 2019d e 2021a

2.16.7. 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 crianças, 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. BRASIL, 2013a

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;
- Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução: agente cáustico que promove destruição das condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Aplicar uma pequena quantidade com um aplicador de algodão, adequado ao tamanho das lesões. Deve-se evitar o contato com a mucosa

normal e permitir que a solução seque – é observado um branqueamento semelhante à porcelana. A frequência e número de sessões deve variar conforme a resposta, sendo adequado iniciar com aplicações semanais. É um tratamento que pode ser utilizado durante a gestação. Não deve ser prescrito para uso domiciliar, frente ao potencial dano aos tecidos e suas complicações. BRASIL, 2019d Obs.: na Farmácia Curitibana padronizado Ácido Tricloroacético 80% e está disponível nas UBS

- Lesões pequenas em colo, vagina e vulva: ATA a partir do 2º trimestre. BRASIL, 2013a
- Lesões condilomatosas extensas: encaminhar para avaliação da ginecologia patologia cervical. Se gestante, encaminhar p/ Obstetrícia de risco.

Fluxos de encaminhamentos conforme alterações no laudo citopatológico

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

2.17. 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 pulmonar é uma doença de transmissão aérea: ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, expelidos pela tosse, espirro ou fala de pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea (somente com 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. A tuberculose na forma extrapulmonar não é transmissível.

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 a pessoa 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, como não infectante. BRASIL, 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 de BAAR e a baciloscopia direta são considerados os 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 informando, 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 Diagnóstico (BAAR D).** Está indicada para:
 - Paciente sintomático respiratório com história de tratamento anterior (recidiva e abandono);
 - 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.

- **Baciloscopia direta - pesquisa de BAAR Controle de tratamento (BAAR C).**
Está indicada para:
 - Acompanhamento mensal do tratamento e confirmação da cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial. Coleta de apenas uma amostra.

Gestantes e lactantes

Gestantes com diagnóstico de tuberculose devem ser vinculadas à maternidade de alta complexidade de referência da UBS e encaminhadas para avaliação da Telerregulação Avaliação obstetrícia de risco, com monitoramento pela UBS.

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019, 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 que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança enquanto bacilífera.

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

https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Fluxo%20TB%20v.6_%2009.11.2023.pdf)

Esquema básico para o tratamento da TB

Regime	Fármacos	Peso	Unidade / 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. 300/150 mg	4
		36 a 50 kg	1 comp. 300/150 mg + 1 comp. 150/75 mg	
		51 a 70 kg	2 comp. 300/150 mg	
		> 70 kg	2 comp. 300/150 mg + 1 comp. de 150/75 mg	

Fonte: Ofício nº 118/2022/ CGDR/.DCCI/SVS/MS. Brasil, 2022f

Atenção à Saúde Reprodutiva!

Toda mulher, em idade fértil, em tratamento para tuberculose ou em tratamento da infecção latente da tuberculose deve ser orientada quanto aos cuidados com a saúde reprodutiva. Pois tanto a Rifampicina quanto a Rifapentina reduzem o nível sérico dos anticoncepcionais, inclusive do implante subdérmico (pode levar ao sangramento inesperado e/ou a falha na anticoncepção). Orientar a utilização de outros métodos para evitar a gravidez. Considerar o uso do DIU e preservativos.

Caso a mulher, em uso de implante subdérmico de etonogestrel, necessite utilizar a Rifampicina ou a Rifapentina deve ser informada de que a eficácia pode ficar reduzida. Se for decidido continuar com o uso do implante, deve-se orientar a utilização adicional de um método anticoncepcional não-hormonal durante o tempo de administração concomitante da droga e por mais 28 dias após o término do tratamento.

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, otorreia, lesões dermatológicas, anorexia, vômitos, diarreia com sangue, icterícia, convulsões, cianose, apneia, ascite, pouco ganho de peso, anemia, plaquetopenia. A letalidade é superior a 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 Complexo Hospitalar de Clínicas.

Infecção Latente da Tuberculose – ILTB

A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, agente etiológico da tuberculose, sem manifestação da doença ativa. Em geral, as pessoas infectadas permanecem saudáveis por muitos anos, sem transmitir o bacilo, e com imunidade parcial à doença. Embora nem todas as

pessoas infectadas adoecerão com a forma ativa da TB, elas constituem reservatórios do bacilo, que pode ser reativado sob condições nas quais a resposta imune encontra-se comprometida.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primoinfecção, mas o período de latência pode se estender por muitos anos. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primoinfecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção.

Alguns fatores relacionados à perda de competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento, entre os quais se destaca a infecção pelo 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:
 - $PT \geq 5$ mm;
 - Contatos de pacientes bacilíferos;
 - $PT < 5$ mm com registro de ter tido $PT \geq 5$ 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. BRASIL, 2022d

Fármaco Utilizado

Isoniazida – dose de 5 a 10 mg/Kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia por 9 meses, associado ao uso da Piridoxina 50mg ao dia, durante a gestação, pelo risco de toxicidade neurológica ao recém-nascido.

2.18. Hepatite B na gestação

Informações baseadas conforme o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, MS, 2022 e Guia de vigilância em saúde: volume 2, MS, 2024.

Testes sorológicos:

- ✓ **HBsAg:** assim como o HBV-DNA, é um dos primeiros marcadores da infecção. Detectado cerca de 30 a 45 dias após a infecção, permanecendo até 120 dias nos casos de hepatite aguda e além de seis meses, nos casos de infecção crônica.
- ✓ **Anti-HBc IgM:** marcador de infecção recente, permanecendo no soro por até 32 semanas após a infecção.
- ✓ **Anti-HBc total:** anticorpos contra o vírus da hepatite B (HBV) das classes IgM e IgG, simultaneamente. Quando presente indica que houve infecção pelo vírus B.
- ✓ **Anti-HBs:** quando presente nos títulos adequados (pelo menos 10 UI/mL), esse marcador confere imunidade ao HBV. Seu surgimento, normalmente, está associado ao desaparecimento do HbsAg (cura funcional), constituindo um indicador de imunidade. Está presente isoladamente em pessoas com esquema vacinal completo contra o HBV.
- ✓ **HBV-DNA:** é o material genético do vírus. Sua quantificação corresponde à carga viral circulante no indivíduo. Por ser um indicador direto da presença do vírus, pode ser usado como teste complementar no diagnóstico da infecção pelo HBV. Também é empregado no monitoramento do paciente e no acompanhamento da terapia antiviral.
- ✓ **HBeAg:** utilizado como marcador de replicação viral.
- ✓ **Anti-HBe:** anticorpo específico contra o antígeno “e” do HBV.

Interpretação dos resultados sorológicos para hepatite B:

CONDIÇÃO DE CASO	HBSAG	ANTI-HBC TOTAL	ANTI-HBC IGM	HBEAG	ANTI-HBE	ANTI-HBS
Suscetível/sem contato prévio com HBV	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Período de incubação	(+/-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Hepatite B aguda	(+)	(+)	(+)	(+/-)	(+/-)	(-)
Final da fase aguda	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
Hepatite B crônica	(+)	(+)	(-)	(+/-)	(+/-)	(-)
Hepatite B curada	(-)	(+)	(-)	(-)	(+/-)	(+) ^a
Imunizado por vacinação	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

^a Em alguns casos de hepatite B curada, o anti-HBs não é detectado por estar em baixos títulos, não sendo necessário vacinar (BRASIL, 2008).

Fonte: Guia de vigilância em saúde, volume 2, Ministério da Saúde, 2024.

Infecção crônica

Em geral, as mulheres jovens com infecção crônica pelo vírus da hepatite B encontram-se na fase de imunotolerância da infecção (HBsAg positivo, HBeAg positivo), na qual há intensa replicação viral, mas sem doença hepática ativa, com TGO e TGP dentro da normalidade e com mínimas alterações hepáticas.

Esta infecção crônica tem pouca influência na gestação, bem como a gestação em geral não altera o seu curso; porém, no puerpério, pode ocorrer reativação viral e agravamento do quadro hepático.

Se houver o desenvolvimento de cirrose hepática pode ocorrer alterações hormonais, comprometendo a fertilidade. Se doença ativa podem ocorrer: hipertensão gestacional, aborto, parto pré-termo e restrição do crescimento fetal.

Infecção aguda

A infecção aguda durante a gestação não está relacionada a aumento de mortalidade materna ou efeito teratogênico no feto. Há associação com a maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte fetal ou perinatal. Se ocorre a infecção aguda no 1º trimestre da gestação, o risco de transmissão da

infecção ao RN é menor que 10%; porém, se a infecção ocorre no 2º ou 3º trimestre da gestação, o risco de transmissão é superior a 60%.

Transmissão vertical do HBV

Crianças nascidas de mães infectadas pelo HBV e positivas, tanto para HBsAg quanto para HBeAg, têm maior risco (40% a 90%) para aquisição da infecção quando comparadas àquelas nascidas de mães HBsAg positivas, com HBeAg negativo (5% a 30%).

A principal forma de TV da infecção pelo HBV é a perinatal, sendo rara a transmissão intrauterina. Os fatores de risco relacionados à transmissão intrauterina do HBV são:

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

A imunoprofilaxia combinada da Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e vacina no recém-nascido exposto previne a transmissão perinatal em mais de 90% dos RN.

Vacinação

O esquema vacinal para a hepatite B, com três doses, está recomendado durante a gestação, desde o primeiro trimestre, para todas as gestantes sem histórico de vacinação ou com esquema vacinal incompleto.

Orientação vacinal – Hepatite B	
Se imunizada previamente à gestação (esquema de 3 doses)	Não vacinar
Esquema vacinal incompleto	Completar o esquema vacinal
Não imunizada Realizar as três doses: esquema 0-1-6 meses	1ª dose 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira)

Obs.: nos casos de **gestantes vivendo com HIV, caso não haja histórico de vacinação completa e se HBsAg for 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).

Não havendo registro de esquema completo de vacinação, considerar como pessoa suscetível e iniciar ou completar o esquema de vacinação, o mais precocemente possível. Brasil, 2023c

A confirmação da imunidade não é preconizada de rotina para todos os vacinados, já que a primovacinação leva a concentração de anticorpos protetores em >95% dos lactentes, crianças e adultos jovens saudáveis.

Não se recomenda testar para anti-HBs quando não houver registros de realização do esquema vacinal completo, do respeito aos intervalos mínimos entre as doses, já que os valores de soroproteção não foram validados para os casos não vacinados ou com esquemas incompletos.

A dosagem de anti-HBs pós-vacinal em gestantes depende da presença de fator de risco de maior exposição ao vírus ou de perda da resposta de memória imunológica. O teste de anti-HBs deve ser feito idealmente entre um e dois meses, após o término do esquema vacinal; também podem ser considerados exames coletados até seis meses após a última dose. Estão listadas abaixo as situações em que há recomendação de teste de anti-HBs pós-vacinal:

- Profissionais de saúde e de segurança pública;
- Filhas de mães HBsAg reagentes;
- Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HBV;
- Usuários de drogas injetáveis;
- Pessoas privadas de liberdade;
- Trabalhadoras do sexo;
- Usuárias de PrEP;
- Pessoas trans;
- Pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T-CD4+;
- Mulheres vítimas de violência sexual crônica.

Parto

Não há evidências concretas dos benefícios da realização de cesariana como medida preventiva da transmissão vertical de hepatite B. Esse procedimento não deve ser realizado como única indicação para a prevenção desta TV.

Amamentação

Não está contraindicada mesmo que não tenham sido realizadas as ações preventivas da transmissão vertical.

Planejamento reprodutivo

Nas mulheres com infecção crônica pelo HBV com indicação de terapia antiviral e que não estejam planejando engravidar, qualquer um dos medicamentos de primeira linha (interferon, entecavir ou tenofovir) poderá ser usado juntamente com a contracepção.

Nas mulheres com infecção crônica pelo HBV, em tratamento com interferon, deve-se garantir a contracepção até o término deste tratamento. Na coinfeção com os vírus das hepatites virais B e/ou C, a mulher com infecção crônica poderá usar métodos hormonais, desde que não apresente cirrose grave.

Compete à UBS

- Solicitar HBsAg para todas as gestantes na 1ª consulta do pré-natal.
- Realizar busca ativa às gestantes faltosas nas consultas e exames de pré-natal;
- Manter os registros atualizados no prontuário eletrônico.

a) Gestantes HBsAg reagente:

- Vincular à maternidade de alta complexidade de referência da UBS;
- Após selecionar a indicação de risco (HEPATITE B), encaminhar para a Telerregulação: Médico Infectologista - avaliação infectologia;
- Nos casos da amostra reagente para HbsAg, o LMC irá automaticamente realizar os exames: anti-HBC-total, anti-HBC IgM e anti-HBs.
- Após o telerregulador avaliar o caso, conforme os resultados dos exames, a gestante pode ser considerada como:
 - **Caso confirmado:** a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia Hepatite (pelo telerregulador), cuja oferta de agenda estará disponível somente no Complexo Hospitalar de Clínicas. Preencher a Notificação e Investigação e encaminhar para o DS. Realizar a investigação dos comunicantes domiciliares e sexuais para avaliação sorológica e vacinação dos soronegativos. Utilizar CID 10 B181.

o **Caso descartado:**

-O infectologista fará o retorno, via Telerregulação, para a UBS.

- Após este retorno, a equipe de saúde deve reavaliar a gestante quanto aos outros fatores de risco. Caso não apresente critérios para considerá-la como alto risco, proceder a reestratificação no sistema e mudança da maternidade de vinculação. Se apresentar outros critérios para alto risco: encaminhar para avaliação da Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco.

- Enfatizar as medidas de prevenção nas consultas de pré-natal.

b) Gestantes HBsAg não reagente

- Avaliar o histórico vacinal. Vacinar as suscetíveis, seguindo as recomendações preconizadas pelo MS.

2.19. Hepatite C na gestação

Informações baseadas conforme o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, MS, 2022 e Guia de vigilância em saúde: volume 2, MS, 2023.

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

Testes sorológicos:

- **Anti-HCV** (anticorpo contra o HCV): indica prévio contato com o vírus. Não informa a fase da doença, pois é detectado na pessoa curada, na fase aguda e na crônica. Após o quadro infeccioso, leva até 12 semanas para ser detectado e permanece reagente indefinidamente.

- **HCV-RNA** (RNA do HCV): é o material genético do vírus, portanto evidencia a sua presença. Utilizado para complementar o diagnóstico da infecção, sendo detectado entre uma e duas semanas após a infecção. Se o resultado for:

- ✓ Não detectável: recomendado repetir o teste, após 3 a 6 meses, para confirmação do diagnóstico.

- ✓ Detectável: indicativa de infecção ativa pelo HCV.

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 múltiplas parcerias, 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.

Transmissão

- Exposição parenteral através de sangue ou derivados de sangue de pessoas infectadas;
- Por via sexual;
- Transmissão vertical: a taxa de infecção perinatal das crianças é de aproximadamente 5,8%, principalmente naquelas cujas mães tem a carga viral elevada e a presença da coinfeção pelo HIV.
- 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.

Tratamento

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. Apesar de ainda não existam imunoprofilaxias ou intervenções medicamentosas específicas para prevenir esta

transmissão vertical, o diagnóstico precoce possibilita o manejo da hepatite após a gestação, assim como o monitoramento da criança exposta.

Parto

Não há evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a TV do HCV. Orienta-se evitar procedimentos invasivos, parto laborioso e tempo de rotura de membranas maior que seis horas para minimizar a possibilidade de TV.

Amamentação

O aleitamento materno não é contraindicado em mulheres portadoras do HCV e não há evidências de que o aleitamento favoreça a TV do HCV. Porém, a presença de fissuras ou feridas sangrantes na mama representa um meio de exposição ao lactente. Neste caso, recomenda-se interromper temporariamente a amamentação na mama lesionada até que haja a cicatrização completa, realizando a ordenha e o descarte do leite.

Planejamento reprodutivo

Recomenda-se a realização do tratamento antes da gravidez e que a mulher aguarde o período de 6 meses após o término do mesmo para engravidar.

Na coinfeção com os vírus das hepatites virais B e/ou C, a mulher com infecção crônica poderá usar métodos hormonais, desde que não apresente cirrose grave.

Estratégias de concepção para parcerias sexuais sorodiferentes para HCV:

O risco de transmissão sexual, em parcerias heterossexuais monogâmicas, na qual um(a) é portador(a) de HCV é muito baixo, com incidência de 0,07% ao ano.

Nestes casos, orienta-se a discussão sobre o uso do preservativo, cabendo a uma decisão conjunta sobre relações sexuais sem preservativos quando houver intenção de engravidar. Nas situações de sexo anal, múltiplas parcerias, coinfeção com HIV ou histórico atual de IST deve-se indicar o uso de preservativos.

Compete à UBS:

- Solicitar Anti- HCV para todas as gestantes na 1ª consulta do pré-natal.
- Monitorar as gestantes durante o pré-natal, realizando busca ativa às faltosas.
- **Orientações frente as possibilidades de resultado:**

a) ANTI-HCV não reagente:

Não há, até o momento, vacina para hepatite C. Orientar as formas de transmissão e medidas de prevenção.

b) ANTI- HCV reagente:

- ✓ Vincular à maternidade de alta complexidade de referência da UBS;
- ✓ Solicitar e priorizar a coleta da quantificação de RNA do vírus da hepatite C (código 0202031080).
- ✓ Após selecionar a indicação de risco (HEPATITE C), encaminhar para a Telerregulação: Médico Infectologista/avaliação infectologia. Após o telerregulador avaliar o caso, conforme o resultado do exame, a gestante pode ser considerada como:
 - **Caso confirmado:** a gestante será inscrita na especialidade Obstetrícia Hepatite (pelo telerregulador), cuja oferta de agenda estará disponível somente no Complexo Hospitalar de Clínicas. A UBS deve preencher a Notificação e Investigação e encaminhar para o DS. Realizar a investigação dos comunicantes domiciliares e sexuais para avaliação sorológica.
 - **Caso descartado:**
 - O infectologista fará o retorno, via Telerregulação, para a UBS.
 - Após este retorno, a equipe de saúde deve reavaliar a gestante quanto aos outros fatores de risco. Caso não apresente critérios para considerá-la como alto risco, proceder a reestratificação no sistema e mudança da maternidade de vinculação. Se apresentar outros critérios para alto risco: encaminhar para avaliação da Telerregulação: Avaliação Obstetrícia de Risco.
 - Enfatizar as medidas de prevenção nas consultas de pré-natal.

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:

- Episiotomia;
- Soro com ocitocina;
- Jejum;
- Romper a bolsa das águas.

Procedimentos que não devem ser realizados:

- Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê);
- Raspagem dos pelos pubianos;
- Imobilização durante o trabalho de parto;
- Lavagem intestinal.

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 às 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 à maternidade, 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 e 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 situações 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 reinfecção 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 frequentes 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. BRASIL, 2013a

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:

O período da amamentação costuma diminuir as necessidades da insulina e, portanto, deve-se monitorar cuidadosamente os níveis glicêmicos, para se efetuar os ajustes das doses necessárias.

Pode-se considerar o uso de hipoglicemiantes orais no diabetes *mellitus* tipo 2 pois apenas 0,4% da dose de metformina ingerida é detectada no leite materno.

Nos casos de diabetes mellitus gestacional recomenda-se suspender a medicação, retornar a dieta geral e nova avaliação glicêmica em seis a oito semanas após o parto. Recomenda-se que esta nova avaliação seja, preferencialmente, com teste oral de tolerância à glicose - com avaliação de duas medidas (jejum e duas horas após). A solicitação do exame na UMS será por: Determinação de curva glicêmica 2 dosagens. Código do exame: 0202010040.

Com o resultado desse exame considera-se:

- Normal: jejum < 100 mg/dl e 2ª hora < 140 mg/dl.
- Pré diabetes: jejum de 100 a 125 mg/dl (glicemia de jejum alterada) e/ou 2ª hora de 140 a 199 mg/dl (intolerância à glicose).
- Diabetes *mellitus*: valores glicêmicos de jejum ≥ 126 mg/dL (deve-se repetir a glicemia para confirmação diagnóstica) ou de duas horas ≥ 200 mg/ dL.

Pacientes com valores alterados devem receber tratamento específico, e as com resultado normal devem ser orientadas sobre o risco aumentado de DM2 e a manter estilo de vida saudável. BRASIL, 2022d

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. BRASIL,2016c

3.3. Promoção do aleitamento materno e manejo das intercorrências

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) exclusivo demonstra nítidos benefícios, não só para o lactante, mas também para a mulher que amamenta. Dentre estes benefícios, no AM exclusivo por seis meses, se destacam ao melhor desenvolvimento neurocognitivo, proteção contra condições crônicas de longo prazo, como obesidade, diabetes *mellitus*, doença de Crohn e linfoma, doenças gastrointestinais da infância, e para a saúde materna incluem proteção contra o câncer de mama e câncer de ovário.

É neste contexto que se destaca a importância das equipes de saúde, que desde a primeira consulta de pré-natal ao final do puerpério, para otimizar as diversas oportunidades, primando pelo incentivo e valorização do aleitamento materno. Febrasgo, 2021a

Durante o pré-natal:

Este é um período excelente para incentivar as mulheres a amamentarem, incluindo abordagens aos entes familiares mais próximos.

Durante a anamnese, para uma melhor assistência nas questões da amamentação, deve-se buscar o conhecimento das expectativas na amamentação; das experiências anteriores; dos mitos, medos e preocupações; dos fatores de risco para o desmame precoce como: baixa escolaridade, menor idade materna,

gestação não desejada ou planejada, trabalho fora de casa, vínculo afetivo prejudicado com a parceria, tabagismo, dentre outros.

Especial atenção às nulíparas, particularmente as adolescentes, àquelas com histórico de problemas na amamentação, às com antecedentes cirúrgicos mamários e de cirurgia bariátrica, às obesas e às com gestação múltipla.

Na realização do exame físico das mamas deve-se buscar a identificação de situações que podem demandar ações específicas pós parto como mamilos malformados, cirurgias prévias e hipoplasia mamária.

Acolher a gestante em abordagem individual, coletiva ou em momento oportuno sobre:

- As mudanças mamárias e mamilares que ocorrem na gestação. A gravidez estimula a hiperpigmentação da região mamiloareolar e o aumento das glândulas de Montgomery;
- A importância da amamentação exclusiva e os benefícios em curto, médio e longo prazo;
- Amamentar logo após o nascimento (estimular a primeira mamada ainda na sala de parto);
- Explicar os benefícios do contato físico e visual entre a mãe e o bebê na produção do leite;
- Estimular o alojamento conjunto;
- A técnica adequada para amamentar orientando sobre a pega e o posicionamento adequado;
- Orientar sobre as possíveis dificuldades no começo da amamentação e as maneiras de superá-las, assim como nos casos de variações anatômicas dos mamilos e mamoplastias;
- Cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas;
- Manejo para retirada e armazenamento do leite;
- Esclarecer a importância de amamentar sob livre demanda pois as mamadas com horário fixo aumentam a possibilidade de fissuras nos mamilos, o ingurgitamento mamário, a suplementação com fórmulas e desmame antes das seis semanas pós-parto;
- Explicar as vantagens do aleitamento natural e as desvantagens do uso de bicos artificiais e das fórmulas lácteas.

- Com relação ao preparo das mamas, nos casos de mamilos semiprotrusos, a protrusão tende a melhorar com o decorrer da gestação, e os mamilos malformados ganham maior elasticidade e seu grau de inversão tende a reduzir nas gravidezes subsequentes. Portanto, não se indica os exercícios com os mamilos e/ou uso de dispositivos como as conchas. Febrasgo, 2021c

Nas orientações sobre a amamentação considerar:

- Ofertar apoio e cuidados no enfrentamento às dificuldades, que podem surgir em cada fase, incentivando o aleitamento materno;
- Capacidade de ouvir com empatia e de conversar no mesmo nível de entendimento da usuária, utilizando-se de linguagem simples;
- Evitar julgamentos e desenvolver confiança;
- Dedicar tempo e demonstrar interesse pela problemática;
- Realizar perguntas abertas permitindo que a mulher se expresse livremente, de maneira detalhada;
- Elogiar e incentivar o que estiver fazendo certo;
- Dar sugestões, não ordenar;
- Desfazer tabus e desestimular a gestante das práticas absolutamente desnecessárias e até prejudiciais, tais como fricção dos mamilos, uso de cremes ou pomadas, uso de conchas protetoras e exercícios de Hoffmann.

Abordar os fatores que podem levar ao desmame precoce:

- 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.

Durante o puerpério:

A avaliação da mulher quanto ao aleitamento materno deve estar vinculada à avaliação do bebê, suas condições clínicas, crescimento e desenvolvimento.

Considerações importantes:

- Ao examinar as mamas buscar a identificação de assimetrias, mamas com pouco tecido palpável, nódulos e mamilos invertidos/pseudoinvertidos;

- Incentivar as mães a permanecerem junto de seus filhos 24 horas por dia em alojamento conjunto desde o pós-parto imediato, se possível;
- Orientar as mães para os cuidados com as mamas e os mamilos;
- Observar e corrigir posicionamento e/ou pega inadequados;
- Orientar a amamentação sob livre demanda, sem horário estabelecido;
- Na impossibilidade de o RN sugar, ensinar sobre a ordenha e o armazenamento do leite, mantendo a lactação;
- Esclarecer e apoiar as mães que trabalham fora no que concerne a legislação que protege a amamentação;
- Colaborar na divulgação da “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, desestimulando o uso de mamadeiras e chupetas nas maternidades e a livre propaganda de “substitutos” do leite materno;
- Acompanhar o binômio mãe-filho, desde a primeira semana, contribuindo para evitar o desmame precoce;
- Oportunizar todas as consultas para avaliar a prática da amamentação;
- Orientar a lactante quanto ao destino do leite excedente, estimulando a doação para Bancos de Leite Humano, pelo benefício oferecido pelo leite humano aos prematuros internados em UTI neonatal;
- Prescrever medicamentos totalmente indispensáveis e compatíveis com a amamentação;
- Recomendar a utilização de métodos contraceptivos que não interfiram na lactação;
- Tratar as intercorrências mamárias e mamilares, sem interromper a lactação;
- Nos casos de mastite puerperal, considerar que a manutenção do fluxo de leite ajuda o tratamento e que a inibição da lactação favorece a formação de abscessos, fístulas e até necrose mamária;
- Nas situações de abscesso mamário, encaminhar a puérpera para avaliação na sua maternidade de referência.

Fonte: Febrasgo, 2021c

DEZ PASSOS DE UMA MAMADA

1. Orientar a lactante a buiscar um local confortável e a sentar-se com as costas e pés apoiados.
2. Realizar o teste de flexibilidade areolar.

3. Lubrificar o mamilo com colostro ou leite.
4. Posicionar a criança de frente para a mama.
5. Estimular a abertura da boca da criança com o dedo ou mamilo no lábio inferior da criança.
6. Introduzir o mamilo e a aréola dentro da boca da criança.
7. Observar sinais de apreensão correta da região mamiloareolar.
8. Ao término da mamada, se necessário, interromper a preensão do bebê com técnica adequada.
9. Após finalizar a amamentação, palpar as mamas para identificar pontos de dor e executar massagens e expressão láctea manualmente até o alívio da dor.
10. Hidratar os mamilos com leite materno e colocar um sutiã justo de algodão para sustentar as mamas.

Fonte: Febrasgo. 2021b

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
Infecção pelo HIV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Manter aleitamento materno, com restrição*	*Contraindicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.
Tuberculose pulmonar	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.
Doenças de Chagas	Manter aleitamento materno, com restrição**	** Contraindicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos.

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

Condição Clínica Materna	Recomendação	Observações
Uso de drogas ilícitas: anfetaminas, LSD, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, maconha e haxixe	Contraindicado	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.
Drogas consideradas lícitas como: tabaco e álcool	Manter aleitamento materno, com restrição***	*** Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão desta pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Em tratamento quimioterápico e radioterápico	Contraindicado	

Fonte: BRASIL, 2016c

Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Intercorrência	Manejo
Bebê que não suga ou tem sucção fraca	Atentar para o ganho de peso do recém-nascido. Orientar a ordenha, várias vezes ao dia, para garantir a continuidade da produção do leite. Suspende 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.
“Pouco leite” ou “leite fraco”	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 camadas 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.
Demora na “descida do leite”	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.

Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Intercorrência	Manejo
Mamilos planos ou invertidos	<p>No pré-natal, não é recomendado fazer exercícios para os mamilos nem utilizar buchas e seringas para esticá-los, pois essas manobras não são efetivas e podem machucá-los. Após o nascimento, não é recomendado utilizar bicos de silicone; em vez disso, deve-se ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e a aréola e tentar diferentes posições para facilitar a pega. Se a mama estiver muito cheia, antes de iniciar a amamentação pode ser útil realizar massagem nas mamas e retirar um pouco de leite para a aréola ficar mais macia.</p>
Ingurgitamento mamário “leite empedrado”	<p>O ingurgitamento patológico (com aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema) pode estar associado a febre e levar a mama a aumentar o volume, apresentar hiperemia e edema. Os mamilos podem ficar planos dificultando a pega e a saída do leite. Em geral ocorre do terceiro ao quinto dia de pós parto. Para prevenir e tratar recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Início precoce do aleitamento materno;• Mamadas em regime de livre demanda;• Amamentar seguindo as técnicas recomendadas;• Esvaziamento do excesso de leite por extração manual (massagem suave);• Para alívio da dor, se necessário, está recomendado o uso de analgésicos (paracetamol) e/ou anti-inflamatórios (ibuprofeno). <p>Febrasgo, 2021d</p>

Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Intercorrência	Manejo
Traumas mamilares – rachaduras e fissuras	<p>Principal causa de desmame precoce. Ocorrem nos primeiros dias do aleitamento, relaciona-se com a má pega e a apreensão incorreta do mamilo e da aréola, que levam à erosão por fricção continuada, produzindo feridas superficiais (rachaduras) ou profundas, que atingem a derme (fissura) dos mamilos, quadro extremamente doloroso, sendo um sintoma predominante, sobretudo no momento da mamada. Esse quadro ainda, pode predispor a mastite.</p> <p>Recomenda-se corrigir a causa, geralmente relacionada com o posicionamento e/ou pega; retirar um pouco de leite da mama, para desencadear o reflexo da ejeção e evitar que a criança faça a sucção com muita força no início; passar o leite materno nos mamilos e, quando possível, expô-los ao ar; iniciar a amamentação pelo mamilo menos traumatizado ou doloroso. Nos casos de fissuras grandes com erosão e dor importante, a interrupção temporária da amamentação pode ser adotada. O leite deve ser ordenhado da mama e oferecido no copinho, até que ocorra a cicatrização (dois a três dias). Depois, a amamentação pode ser retomada, iniciando-se com tempo menor e aumentando-se gradativamente. Além da correção da posição do RN, com pega adequada do mamilo e aréola, princípio básico do tratamento, os mamilos e aréolas devem ser mantidos secos. A limpeza das lesões com o próprio leite materno, que apresenta excelente ação cicatrizante, ao menos uma vez ao dia, é importante. Entre as mamadas, nos casos de lesões profundas, cremes hidratantes à base de lanolina purificada podem ser usados, temporariamente, com o intuito de favorecer a cicatrização, a hidratação e o controle da dor; mais recentemente, o uso de laser para tratamento da dor e cicatrização das lesões mamilares tem demonstrado resultados positivos. O uso de bicos artificiais, de silicone, por um período limitado, em situações muito pontuais, nos casos de extrema dor, sem melhora com a adoção das medidas já citadas, pode ser excepcionalmente indicado, de modo criterioso e por tempo limitado, como recurso para minimizar a agressão local das fissuras e promover melhor reparo, atentando-se para os riscos de umidade dos tecidos, infecção e trauma maior, inclusive por dificuldades de posicionamento do acessório. FEBRASGO, 2021</p>

Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Intercorrência	Manejo
Infecção Fúngica (Candidíase)	<p>Pode comprometer a pele do mamilo, da aréola e 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. Quadro clínico: prurido, dor que persiste após as mamadas, hiperemia e irritação com descamação de mamilos e aréola. Na criança, aparecem placas brancas na região oral.</p> <p><u>Medidas preventivas:</u> manter os mamilos secos, arejados e expostos a luz por alguns minutos; evitar o uso de chupetas e bicos artificiais (fonte de reinfecção). <u>Tratamento:</u> inicialmente local e concomitante da lactante e RN.</p> <p><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. O uso sistêmico para a lactante pode ser recomendado nos casos de recidiva ou insucesso do tratamento tópico.</p>
Mastite	<p>Fatores predisponentes: 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. Caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada, mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) associados a calafrios. <u>Conduta:</u> 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 500mg, VO, 6/6 horas OU ibuprofeno 300-600 mg, 6/6 horas. Antibioticoterapia: recomenda-se o uso de antibióticos de amplo espectro como Cefalexina 500mg, VO, 6/6 horas – 10 dias OU Clindamicina 300mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias. Não havendo melhora dos sintomas em 48 horas do início do tratamento considerar possibilidade de abscesso mamário, de encaminhamento para maternidade de referência para reavaliação do caso.</p>

Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

Intercorrência	Manejo
Abscesso mamário	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 realizado 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.
Reflexo de ejeção do leite exagerado	Orientar ordenha antes de cada mamada. Estimular a doação de leite materno.

Fonte: adaptado do BRASIL, 2016c; FEBRASGO, 2021d; BRASIL, 2019b

3.4. Uso de medicamentos na amamentação

Segue as recomendações quanto ao uso de medicamentos (principais classes) no período da amamentação, sendo classificado como: uso compatível, criterioso ou contraindicado na amamentação. FEBRASGO, 2021d

Anticonvulsivantes:

Uso criterioso quando em doses elevadas ou uso prolongado pois podem provocar sedação, sucção fraca e ganho ponderal insuficiente no lactente. Primeira escolha: preferir carbamazepina ou ácido valproico, se possível.

- Ácido valproico: uso compatível com a amamentação.
- Carbamazepina: uso compatível com a amamentação.
- Clonazepam: uso criterioso durante a amamentação.
- Diazepam: uso compatível com a amamentação em doses esporádicas.

- Difenil-hidantoína (fenitoína): uso compatível com a amamentação.
- Etotoína: uso criterioso durante a amamentação.
- Gabapentina: uso compatível com a amamentação.
- Lamotrigina: uso criterioso durante a amamentação.
- Oxcarbazepina: uso criterioso durante a amamentação.
- Topiramato: uso criterioso durante a amamentação.

Antidepressivos e Estabilizadores do Humor:

Uso criterioso quando em doses elevadas ou uso prolongado.

- Amitriptilina: uso compatível com a amamentação.
- Amoxapina: uso compatível com a amamentação.
- Bupropiona: uso criterioso durante a amamentação.
- Citalopram: uso compatível com a amamentação.
- Clomipramina: uso compatível com a amamentação.
- Duloxetina: uso criterioso durante a amamentação.
- Escitalopram: uso compatível com a amamentação.
- Fluoxetina: uso compatível com a amamentação.
- Imipramina: uso compatível com a amamentação.
- Lítio (carbonato): uso criterioso durante a amamentação. Monitorizar os níveis séricos no lactente. Observar inquietação, fraqueza e hipotermia no lactente.
- Mirtazapina: uso criterioso durante a amamentação. Não foram descritos efeitos adversos em lactentes.
- Nortriptilina: uso compatível com a amamentação.
- Paroxetina: uso compatível com a amamentação.
- Sertralina: uso compatível com a amamentação.
- Venlafaxina: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre transferência para o leite materno e segurança para uso durante o período da lactação.

Antipsicóticos:

Uso criterioso quando em doses elevadas ou uso prolongado. Agem bloqueando receptores de dopamina, resultando em aumento dos níveis séricos de prolactina. Podem provocar sonolência e letargia no lactente. Há evidências de associação entre uso de fenotiazinas e risco de apneia e síndrome da morte súbita do lactente.

- Amisulprida: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.
- Clorpromazina: uso criterioso durante a amamentação. Uso prolongado pela nutriz pode aumentar o risco de apneia e morte súbita na infância.

Antiparkinsonianos:

O uso desses fármacos deve ser evitado durante o período da lactação. Os agonistas dopaminérgicos podem suprimir a lactação. O crescimento do lactente deve ser rigorosamente monitorizado. O uso dos anticolinérgicos pode produzir efeitos adversos como boca seca, constipação e retenção urinária.

- Amantadina: uso criterioso durante a amamentação. Evitar, se possível. Pode inibir a lactação.
- Benztropina: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre transferência para o leite materno. Risco de efeitos anticolinérgicos.
- Bromocriptina: uso contraindicado durante a amamentação. Pode inibir a lactação.
- Levodopa + benzerazida: uso criterioso durante a amamentação. Não há relato de efeito adverso no lactente. Pode inibir a lactação. Evitar, se possível.
- Levodopa + carbidopa: uso criterioso durante a amamentação. Não há relato de efeito adverso no lactente. Pode inibir a lactação. Evitar, se possível.
- Pergolide: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação. Pode inibir a lactação.

Hipnóticos e Ansiolíticos:

Uso criterioso quando em doses elevadas ou uso prolongado. No lactente, podem provocar sedação, sucção fraca, ganho ponderal insuficiente e letargia. Primeira escolha: se possível, preferir midazolam, por apresentar efeito de curta duração.

- Alprazolam: uso criterioso durante a amamentação. Evitar uso prolongado. Pode provocar sedação e sucção fraca no lactente. Pico de concentração no plasma materno entre uma e duas horas após o uso.
- Bromazepam: uso compatível com a amamentação. Observar efeitos colaterais no lactente.
- Brometos: uso contraindicado durante a amamentação.
- Buspirona: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre transferência para o leite materno.
- Butabarbital: uso criterioso durante a amamentação. Excretado para o leite materno em pequenas quantidades.
- Clonazepam: uso criterioso durante a amamentação. Excretado no leite materno, porém estudos mostraram baixa incidência de toxicidade em crianças amamentadas.
- Lorazepam: uso criterioso durante a amamentação. Excretado para o leite materno em pequenas quantidades. Evitar o uso prolongado.
- Lormetazepam: uso compatível com a amamentação por curtos períodos. Níveis insignificantes no leite materno. Transferência para o leite materno menor que a do diazepam. Não há relato de efeitos em crianças amamentadas.
- Midazolam: uso compatível com a amamentação.

Analgésicos não opioides, Antipiréticos, Anti-Inflamatórios Não Esteroides

- Ácido acetilsalicílico: uso criterioso durante a amamentação. Evitar tratamento prolongado. Observar anorexia, anemia hemolítica, petéquias, tempo de sangramento prolongado e acidose metabólica no lactente. Risco em potencial de síndrome de Reye.
- Ácido flufenâmico: uso compatível com a amamentação.
- Ácido mefenâmico: uso compatível com a amamentação.
- Celecoxibe: uso compatível com a amamentação.
- Cetoprofeno: uso compatível com a amamentação.
- Cetorolaco: uso compatível com a amamentação.
- Diclofenaco: uso compatível com a amamentação.
- Dipirona: uso compatível com a amamentação.
- Etodolaco: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.

- Meloxicam: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.
- Mesalamina: uso criterioso durante a amamentação. Um estudo não mostrou complicações em crianças amamentadas.
- Naproxeno: uso criterioso durante a amamentação. Excretado no leite materno em pequenas quantidades; entretanto há o relato de um caso de sangramento prolongado, hemorragias e anemia aguda em um recém-nascido de 7 dias.
- Piroxicam: uso compatível com a amamentação.
- Pregabalina: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.

Analgésicos opioides:

A maioria dos opioides em doses isoladas e/ou ocasionais é excretada em pequenas quantidades no leite materno. Evitar doses repetidas pela provável acumulação na criança, principalmente em mães de recém-nascidos, sobretudo os pré-termo. Evitar drogas opiáceas em mães que tiveram recém-nascidos com risco de apneia, bradicardia e/ou cianose. Se usadas durante o parto, o recém-nascido pode nascer sonolento, podendo interferir no início da amamentação.

- Alfentanila: uso compatível com a amamentação.
- Buprenorfina: uso compatível com a amamentação.
- Fentanila: uso compatível com a amamentação.
- Meperidina: uso compatível com a amamentação para uso de curta duração. Uso criterioso no período pós-parto imediato. Observar sucção débil e sedação no lactente.
- Metadona: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação. Observar sedação no lactente.
- Morfina: uso criterioso durante a amamentação. Na dependência materna, suspender a amamentação. Em altas doses, observar sedação no lactente, apesar de não haver relatos desse efeito em crianças amamentadas.
- Tramadol: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação. Observar sedação no lactente.

Antibióticos:

Penicilinas- Atingem baixas concentrações no leite materno. São medicamentos frequentemente prescritos para tratar infecções nos recém-nascidos e lactentes. Raramente são observados efeitos colaterais. Ocasionalmente podem provocar reações alérgicas, como exantema. Nesse caso, substituir o antimicrobiano.

- Amoxicilina: uso compatível com a amamentação.
- Ampicilina: uso compatível com a amamentação.
- Benzilpenicilina benzatina: uso compatível com a amamentação.
- Benzilpenicilina procaína: uso compatível com a amamentação.
- Benzilpenicilina – penicilina G cristalina: uso compatível com a amamentação
- Carbenicilina: uso compatível com a amamentação.
- Cloxacilina: uso compatível com a amamentação.
- Dicloxacilina: uso compatível com a amamentação.
- Oxacilina: uso compatível com a amamentação.

Cefalosporinas: oferece pouco risco para o lactente devido à elevada ligação com proteínas plasmáticas maternas. Apenas uma pequena quantidade da droga passa para o leite. Há possibilidade de modificação da flora intestinal, efeitos diretos na criança e interferência na interpretação do resultado de culturas. Observar monilíase e diarreia no lactente.

- Cefaclor: uso compatível com a amamentação.
- Cefadroxila: uso compatível com a amamentação.
- Cefalexina: uso compatível com a amamentação.
- Cefalotina: uso compatível com a amamentação.
- Cefazolina: uso compatível com a amamentação.
- Ceftriaxona: uso compatível com a amamentação
- Cefuroxima: uso compatível com a amamentação.

Anti-hipertensivos:

- **Betabloqueadores:** em geral, são excretados no leite materno em pequenas concentrações, inócuas para o lactente. Acebutalol, atenolol, metoprolol, nadolol e sotalol são excretados em maior quantidade. Monitorar a criança para sinais e sintomas de bradicardia, hipotensão e cianose, além de maior cuidado

nos lactentes com função hepática e renal comprometidas. Preferir propranolol, labetalol e mepindolol.

- **Inibidores adrenérgicos:**

- Clonidina: uso criterioso durante a amamentação. Excretado para o leite materno, sem registros clínicos de toxicidade no recém-nascido. Pode reduzir a secreção de prolactina e diminuir a produção de leite no período pós-parto imediato.
- Metildopa: uso compatível com a amamentação.
- Prazosina: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação. Outros fármacos desse grupo concentram-se no leite. Usar com extrema cautela.
- Reserpina: uso criterioso durante a amamentação. Risco de sedação e hipotonia no lactente. Usar com extrema cautela.

- **Bloqueadores dos canais de cálcio:**

- Anlodipino: uso criterioso durante a lactação. Não há dados sobre transferência para o leite materno. Observar hipotensão e bradicardia no lactente em caso de uso prolongado pela nutriz.
- Nifedipino: uso compatível com a amamentação.
- Nimodipino: uso compatível com a amamentação.
- Verapamil: uso compatível com a amamentação.

Inibores da enzima conversora da angiotensina (ECA), da renina e antagonistas do receptor de AT1:

- Enalapril: uso compatível com a amamentação.
- Losartana: uso criterioso durante a lactação. Não há dados sobre transferência para o leite materno. Utilizar somente quando não for possível usar inibidores da ECA. Evitar o uso no período neonatal.
- Olmesartana: uso criterioso durante a lactação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação. Evitar o uso no período neonatal.
- Quinapril: uso compatível com a amamentação. Evitar o uso no período pós-parto imediato.

Corticosteroides: considerado seguro o seu uso em doses habituais e por períodos curtos durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso em doses elevadas e por períodos prolongados.

- Beclometasona, betametasona, budesonida, cortisona: uso compatível com a amamentação.
- Dexametasona: uso criterioso durante a amamentação. Evitar doses altas por tempo prolongado. Não há dados sobre transferência para o leite materno. Compatível apenas em dose única.
- Flunisolida: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre transferência para o leite materno. Contudo, excreção significativa é improvável.
- Hidrocortisona.
- Metilprednisolona, prednisolona, prednisona: uso compatível com a amamentação.

Antifúngicos (sistêmicos):

- Anfotericina B: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.
- Cetoconazol: uso criterioso durante a amamentação. Preferir fluconazol.
- Fluconazol: uso compatível com a amamentação.
- Flucitosina: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação. Risco de depressão da medula óssea.
- Itraconazol: uso criterioso durante a amamentação. Preferir fluconazol.
- Nistatina: uso compatível com a amamentação.

Fármacos antiamebíase e anti-giardíase:

- Metronidazol: uso compatível com a amamentação.
- Nimorazol: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.
- Secnidazol: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.
- Teclozan: uso criterioso durante a amamentação. Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.
- Tinidazol: uso compatível com a amamentação.

4. Anexos

4.1. Termo de compromisso Pré-natal seguro

NASCER EM CURITIBA VALE A VIDA | PRÉ-NATAL SEGURO

EU, _____, ASSUMO O COMPROMISSO DE AMAR E CUIDAR DO MEU FILHO(A) _____ DURANTE TODA MINHA GESTAÇÃO, ME COMPROMETO A REALIZAR TODAS AS ETAPAS DO MEU PRÉ-NATAL E ESTOU CIENTE DE QUE O NÃO COMPARECIMENTO AOS SERVIÇOS E A NÃO REALIZAÇÃO DOS EXAMES DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL PODERÁ COMPROMETER A MINHA SAÚDE E A DO MEU BEBÊ.

O pré-natal é o acompanhamento de saúde indicado para todas as gestantes, sendo oferecido pelo SUS. O principal objetivo do pré-natal é avaliar a saúde da mulher e do bebê durante a gestação por meio da realização de consultas, exames laboratoriais e de imagem, atendimento odontológico, orientações à saúde que asseguram que a mulher e o bebê cheguem nas melhores condições de saúde física e mental no dia do nascimento, preparando a família para o novo membro que está chegando.

É muito importante não faltar às consultas de pré-natal e saúde bucal, aos exames agendados a demais atendimentos propostos. A gravidez e o nascimento são acontecimentos naturais, mas, algumas vezes, podem trazer riscos, por isso a importância do acompanhamento.

Diante dessas informações, me comprometo a realizar todas as consultas, vacinas, exames, participar das ações educativas e comparecer em todos os encaminhamentos que forem necessários para garantir a minha saúde e a do meu bebê, tornando, assim, o momento do nascimento mais seguro.

Curitiba ____/____/____

UMS: _____

Assinatura da mãe

Assinatura do Profissional

NASCER EM CURITIBA VALE A VIDA | PRÉ-NATAL SEGURO

1º trimestre:

*De 1 a 13 semanas (CONSULTAS MENSAS)

() **VINCULAÇÃO:** data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 1ª Exame especular: ___/___/___ Profissional: _____

() Exame Citopatológico: ___/___/___ Profissional: _____

() **1ª ROTINA EXAMES LABORATORIAIS:** data ___/___/___

() 1ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 2ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 3ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() **1ª consulta odontológica:** ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

2º trimestre:

*De 14 a 27 semanas (CONSULTAS MENSAS)

() **2ª ROTINA EXAMES LABORATORIAIS:** data ___/___/___

() 1ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 2ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 3ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 4ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() Vacinas:
Dt-DTPA:
Hepatite B
COVID
INFLUENZA

3º trimestre:

*De 28 a 36 semanas (CONSULTAS QUINZENAS)

() **3ª ROTINA EXAMES LABORATORIAIS:** data ___/___/___

() 2ª Exame especular: data: ___/___/___ Profissional: _____

() 1ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 2ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 3ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 4ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

*De 36 a 40 semanas (CONSULTAS SEMANAIS)

() 1ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 2ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 3ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() 4ª consulta: data ___/___/___ Horário: _____ Profissional: _____

() **Acompanhamento no alto risco quando for encaminhada**

Visita na maternidade de referência em ___/___/___

Marque com um **X** cada etapa realizada com sucesso!!!

4.2. Fluxograma - hipertensão na gestação

HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

NA GESTAÇÃO

PA SISTÓLICA ≥ 140 mmHg E/OU PA DIASTÓLICA ≥ 90 mmHg
PA AFERIDA COM TÉCNICA CORRETA E REPETIDA APÓS 5 MINUTOS

- **HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA:** CONCEITUA-SE QUANDO A PRESSÃO ARTERIAL FOR ≥ 140 (SISTÓLICA) E/OU 90 MMHG (DIASTÓLICA), EM DOIS MOMENTOS DIFERENTES, COM INTERVALO DE QUATRO HORAS, ANTERIOR À GESTAÇÃO OU QUE SURGE ANTES DA 20ª SEMANA DA GESTAÇÃO, QUE PERSISTE APÓS A 12ª SEMANA DE PÓS-PARTO.
- **HIPERTENSÃO GESTACIONAL:** HIPERTENSÃO QUE SURGE APÓS A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO, SEM A ASSOCIAÇÃO DE PROTEINÚRIA OU DE DISFUNÇÃO DE ÓRGÃOS-ALVO, QUE DEVE DESAPARECER ATÉ 12ª SEMANA DE PÓS-PARTO;
- **PRÉ-ECLÂMPSIA:** HAS IDENTIFICADA APÓS A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO ASSOCIADO À PROTEINÚRIA SIGNIFICATIVA (PRESENÇA DE 1+ OU MAIS NO PARCIAL DE URINA OU UMA RELAÇÃO PROTEINÚRIA/CREATININÚRIA $\geq 0,3$) OU COMPROMETIMENTO SISTÊMICO/ LESÃO DE ÓRGÃO ALVO (DISFUNÇÃO RENAL-CREATININA $> 1,02$, DISFUNÇÃO HEPÁTICA- AUMENTO DE TRANSAMINASES > 2 X O LIMITE SUPERIOR NORMAL, PLAQUETOPENIA $< 100.000/dL$, IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA* E ECLÂMPSIA*) OU SINAIS DE COMPROMETIMENTO PLACENTÁRIO, COMO RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL E/OU ALTERAÇÃO DOPPLERVELOCIMÉTRICAS;
- **PRÉ-ECLÂMPSIA SOBREPOSTA À HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA:**
 - APARECIMENTO OU PIORA DA PROTEINÚRIA APÓS A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO (ATENÇÃO SE AUMENTO $> 3X$).
 - QUANDO GESTANTES PORTADORES DE HAS CRÔNICA NECESSITAM DE ASSOCIAÇÃO DE ANTI-HIPERTENSIVOS OU INCREMENTO DAS DOSES TERAPÊUTICAS INICIAIS;
 - NA OCORRÊNCIA DE DISFUNÇÃO DE ÓRGÃOS ALVO.

NÃO

SIM

PA $\geq 160 \times 110$ mmHg OU SINAIS DE GRAVIDADE*

- 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;
- FAZER BUSCA ATIVA DAS GESTANTES FALTOSAS ÀS CONSULTAS;
- DETECTAR TODAS AS GESTANTES COM SINTOMATOLOGIA DE PRÉ-ECLÂMPSIA;
- MEDICAÇÃO ANTIHIPERTENSIVA:
 - METILDOPA 250MG: 750-2000mg/dia COM INTERVALOS DE 8/8H OU DE 12/12H.
 - DROGAS AUXILIARES EM SITUAÇÕES EM QUE SE FAZ NECESSÁRIA A PRESCRIÇÃO DE MAIS DROGAS NA GESTAÇÃO. DISPONÍVEL: ANLODIPINO – COMPRIMIDO DE 5 MG. POSOLOGIA RECOMENDADA DE 5 A 20 MG/DIA, PODENDO SER DIVIDIDO EM 1 A 2X/DIA
 - SUSPENDER IECA-INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA- (ENALAPRIL) E/OU BRA-BLOQUEADORES DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (LOSARTANA) DE HIPERTENSAS PRÉVIAS E SUBSTITUIR POR METILDOPA;
 - MEDICAÇÃO ANTIPLAQUETÁRIA E CÁLCIO:VER P.2
 - REALIZAR ORIENTAÇÕES ALIMENTARES CONFORME PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DISPONÍVEL EM: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/protocolo-mae-curitibana.html>

ACIONAR SAMU 192

PARA A TRANSFERÊNCIA DA GESTANTE PARA A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

- POSICIONAR A GESTANTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO.
- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM SG 5% EM INFUSÃO LENTA.
- VERIFICAR BCF A CADA 20 MINUTOS .
- INICIAR MANEJO CLÍNICO:
- ADMINISTRAR NIFEDIPINO 10MG VIA ORAL. O COMPRIMIDO NÃO DEVE SER MASTIGADO E NÃO DEVE SER UTILIZADO VIA SUBLINGUAL. SUA AÇÃO MÁXIMA OCORRE ENTRE 30-40 MINUTOS.
- VERIFICAR PA A CADA 5 MINUTOS POR 20 MINUTOS.
- SE PERSISTÊNCIA DE PA $> 155 \times 105$ mmHg: REPETIR A MEDICAÇÃO (10MG A CADA 30 MINUTOS), COM DOSE MÁXIMA DE 30MG.
- O OBJETIVO DO TRATAMENTO É DIMINUIR A PA EM 15 A 25%, ATINGINDO VALORES DA PA SISTÓLICA ENTRE 140-150mmHg E DA PA DIASTÓLICA ENTRE 90-100mmHg. DEVE-SE EVITAR QUEDAS BRUSCAS DA PA.

*NA IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA:

- CEFALEIA/ NUCALEGIA
- ALTERAÇÃO VISUAL (ESCOTOMAS, BORRAMENTO, DIPLOPIA, FOTOFOBIA)
- NÁUSEA, VÔMITOS
- DOR EM HIPOCÔNDRIO DIREITO OU EM REGIÃO EPIGÁSTRICA

*NA ECLÂMPSIA:

- CONVULSÃO TÔNICO-CLÔNICA GENERALIZADA OU COM.

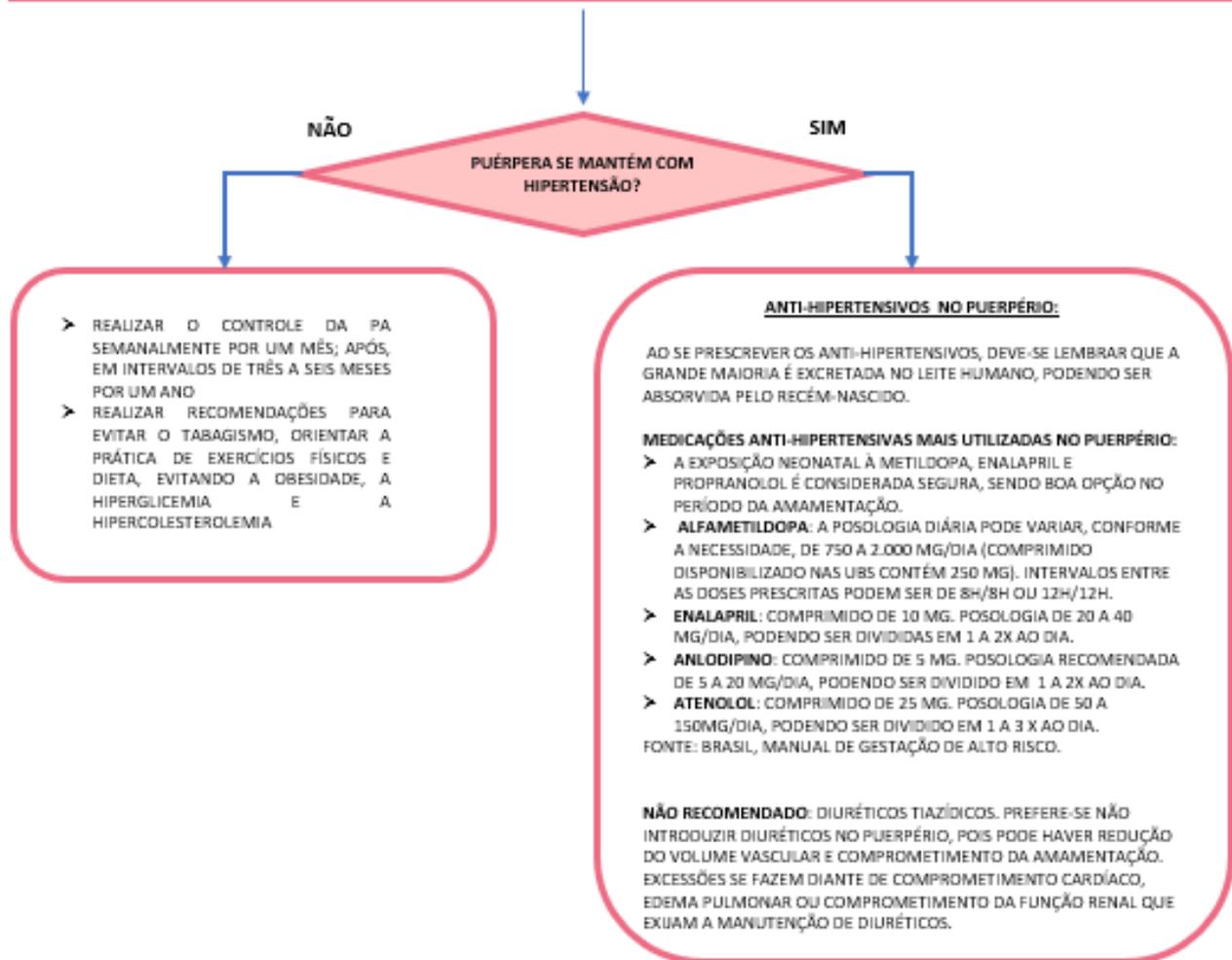
NESTAS SITUAÇÕES , A GESTANTE DEVE SER TRANSFERIDA VIA SAMU.

- A EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE PARA MONITORAR ESTA GESTANTE E AGENDAR NOVA CONSULTA APÓS ALTA DA MATERNIDADE.

HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

NO PUERPÉRIO

ESTE É UM PERÍODO DE VIGILÂNCIA NO QUAL PODEM OCORRER COMPLICAÇÕES. AS PACIENTES HIPERTENSAS CRÔNICAS PODEM DESENVOLVER ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA, EDEMA PULMONAR E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO PUERPÉRIO, SENDO ESSES EVENTOS MAIS FREQUENTES NAQUELAS COM ECLAMPSIA SOBREPOSTA, DOENÇA CARDÍACA OU RENAL PRÉVIA, DESCOLAMENTO DE PLACENTA OU COM PA DE DIFÍCIL CONTROLE.



4.3. Fluxograma para telerreg. do carbonato de cálcio

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Superintendência de Gestão em Saúde

Assistência Farmacêutica

Departamento de Atenção Primária à Saúde – Rede Mãe Curitiba Vale a Vida



CURITIBA

Normatização para fornecimento por telerregulação de Carbonato de Cálcio 1250 mg para prevenção da pré eclâmpsia na gestação

v. 1 – 17/09/2024

Normatização administrativa para fornecimento de Carbonato de Cálcio 1250 mg para prevenção da pré eclâmpsia na gestação

- **Atenção:** Recomenda-se iniciar a partir da 12ª semana de gestação (antes da 20ª semana), manter até o final da gestação.

DIANTE DE 1 FATOR DE ALTO RISCO OU DA COMBINAÇÃO DE DOIS FATORES DE RISCO MODERADO, (TABELA 1) DEVE-SE INICIAR A PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPZIA COM AAS + CARBONATO DE CÁLCIO 1250 mg

- **ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS):** 100 mg/dia à noite, iniciando a partir da 12ª semana de gestação (antes da 20ª semana), manter até a 36ª semana. (Para o AAS não é necessário a telerregulação, este deve ser prescrito diretamente no e-saúde);
- **CARBONATO DE CÁLCIO:** Está disponível na apresentação de Carbonato de Cálcio 1250mg comprimido (equivalente a 500mg de cálcio). portanto para a suplementação mínima de 1 g/dia (em doses fracionadas): 1 comprimido a cada 12 horas de Carbonato de Cálcio 1250mg. **Atenção:** Recomenda-se iniciar a partir da 12ª semana de gestação (antes da 20ª semana), manter até o final da gestação. (Para o Carbonato de Cálcio é necessário a telerregulação);



EQUIPE ASSISTENCIAL – UNIDADE DE SAÚDE

- Classificar o risco gestacional a cada consulta do pré natal, e **diante de 1 fator de alto risco ou da combinação de dois fatores de risco moderado, (tabela 1) deve-se iniciar a prevenção da pré-eclâmpsia com AAS + Carbonato de Cálcio 1250 mg;**
- Prescrever o medicamento conforme Protocolo Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária, Capítulo Distúrbios Hipertensivos (Item Prevenção da Pré-Eclâmpsia);
- Para solicitação do Carbonato de Cálcio, o Profissional Médico / Enfermeiro, deverá inserir a gestante na fila de telerregulação: " Descrição: **AVALIAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE CÁLCIO PARA GESTANTES** Área de Atuação : **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA** ";
- Destacar no registro da telerregulação a condição de gestante: idade gestacional, data provável do parto e os critérios de riscos (tabela 1) que a gestante possui que justifiquem a dispensação do medicamento;



TELERREGULADOR – SMS

- Realizar a telerregulação das usuárias inseridos na fila da "AVALIAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE CÁLCIO PARA GESTANTES", via e-saúde;
- Encaminhar o retorno da telerregulação para a UMS de origem em até 3 dias úteis, via e-saúde;



EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE

- Monitorar o retorno das telerregulações para fornecimento do Carbonato de Cálcio, pelo e-saúde;
- Orientar a retornar na US após 3 dias úteis para ciência do parecer e caso seja favorável, receber a medicação. A dispensação ocorrerá no "Painel da Farmácia" via e-saúde.
- Orientar a usuária sobre:
 - A importância da adesão ao tratamento e de seguir a prescrição recebida;
 - A ingesta da medicação Pré-natal e puerpério na Atenção Primária;
 - Comparecer nas consultas agendadas na US;
 - A retirada da medicação, mensalmente, até o final da gestação.



Normatização para fornecimento por telerregulação de Carbonato de Cálcio 1250 mg para prevenção da pré eclampsia na gestação

v. 1 – 17/09/2024

Normatização administrativa para fornecimento de Carbonato de Cálcio 1250 mg para prevenção da pré eclampsia na gestação

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PRÉ-ECLÂMPسيا	
RISCO	APRESENTAÇÃO CLÍNICA E/OU OBSTÉTRICA
ALTO	HISTÓRIA DE PRÉ-ECLÂMPسيا, PRINCIPALMENTE ACOMPANHADA DE DESFECHOS ADVERSOS
	GESTAÇÃO MÚLTIPLA
	OBESIDADE (IMC > 30)
	HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA
	DIABETES TIPO 1 OU 2 (ATENÇÃO: ESTE CRITÉRIO NÃO CONTEMPLA A DIABETES MELLITUS GESTACIONAL)
	DOENÇA RENAL
	DOENÇAS AUTOIMUNES (EX.: LÚPUS, SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE)
MODERADO	NULIPARIDADE
	HISTÓRIA FAMILIAR DE PRÉ-ECLÂMPسيا (MÃE E/OU IRMÃS)
	IDADE ≥ 35 ANOS
	HISTÓRIA PESSOAL DE BAIXO PESO AO NASCER
	GRAVIDEZ PRÉVIA COM DESFECHO ADVERSO
	INTERVALO > 10 ANOS DESDE A ÚLTIMA GESTAÇÃO

Fonte : adaptado de PRÉ-ECLÂMPسيا PROTOCOLO 03 – 2023 Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez

4.4. Manejo da gestante/puérpera com crise hipertensiva

Considera-se hipertensão arterial grave quando PA \geq 160/110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, preferencialmente após período de repouso.

- Acionar SAMU (192) para a transferência da gestante para a maternidade de referência.
- Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo.
- Instalar soro glicosado a 5% em veia periférica.
- Administrar **NIFEDIPINO** 10 mg – comprimido, via oral. O comprimido não deve ser mastigado e não deve ser utilizado pela via sublingual. Sua ação máxima ocorre entre 30 e 40 minutos.
- Verificar a PA materna de 5 em 5 minutos por 20 min. após a medicação.
- Avaliar a frequência cardíaca fetal por pelo menos 20 min. após a medicação.
- Repetir a medicação (10 mg a cada 30 min.), quando necessário: se persistência de PA $>$ 155/105 mmHg. Dose máxima 30 mg.
- Manter a PA $<$ 160/110 mmHg e $>$ 135/85 mmHg

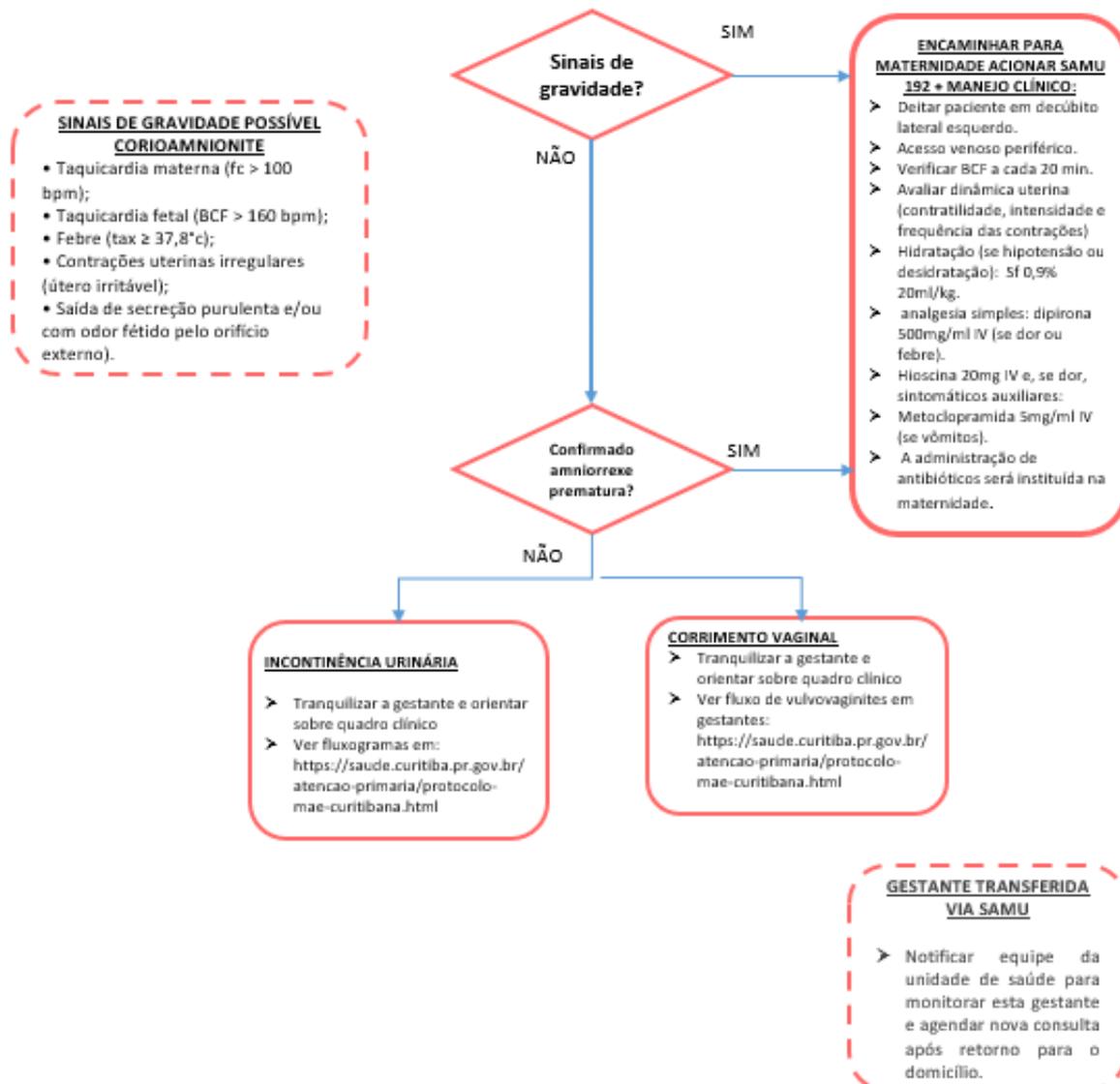
4.5. Fluxograma- Perda de líquido via vaginal

ANAMNESE

- Avaliar: idade gestacional, presença de contrações uterinas, tempo de rotura, aspecto e quantidade de líquido;
- Fatores de risco/ principais causas: infecções ascendentes (vaginose, itu, estreptococos do grupo b-GBS), tabagismo, baixo índice de massa corporal, nível socioeconômico baixo, defeito de formação das membranas (deficiência ou malformação do colágeno), enfraquecimento das membranas (processo inflamatório ou infeccioso), exposição da bolsa (incompetência istmo-cervical), distensão da cavidade (gemelaridade, polidramnio);

EXAME FÍSICO

- avaliar dados vitais materno-fetal: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (fc), frequência respiratória (fr), temperatura (tax), glicemia capilar, sato2, batimento cardíaco-fetal (BCF), movimentação fetal (mf);
- Exame especular: avaliação do líquido vaginal (aspecto, odor, origem) mediante manobra de valsava, observando a elevação da apresentação fetal;
- Toque vaginal somente na suspeita de trabalho de parto (contrações uterinas dolorosas, regulares em tempo, intensidade e em duração);



4.6. Fluxograma- Infecção do trato urinário

ANAMNESE

- Avaliar idade gestacional;
- Presença ou não de sintomas urinários (disúria, polaciúria, urgência miccional);
- Sintomas associados (febre, náuseas, vômitos, calafrios, dor abdominal, dor lombar);
- Fatores de risco: dm, abortamento de repetição, HIV, histórico de trabalho de parto prematuro prévio;

EXAME FÍSICO

- Avaliar dados vitais materno-fetal: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (T), glicemia capilar, sato2, batimento cardíaco-fetal (BCF), movimentação fetal (MF);
- Sinal de Giordano, pesquisa por sinais de irritação peritoneal;

SINAIS E SINTOMAS DE PIELONEFRITE

- Febre
- Dor abdominal
- Náuseas/vômitos
- Calafrios
- Dor lombar
- Dor em região de ângulo costovertebral
- Sinal de Giordano positivo

OBS: Tais sintomas podem ser precedidos ou não por sintomas urinários

SINTOMAS DE CISTITE

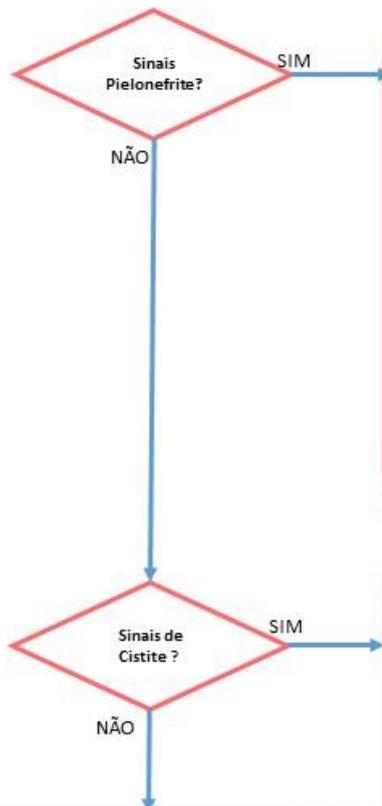
- Disúria
- Polaciúria
- Urgência miccional
- Dor em hipogástrio pode ocorrer hematúria discreta

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

- Presença na urocultura de ≥ 100.000 colônias/ml de um único germe, sem sintomatologia clínica.
- Se crescimento de colônias $< 10^5$ ou desenvolvimento polimicrobiano: repetir urocultura 1 semana após e investigar a presença de infecções vaginais. se persistir as alterações no exame urinário, monitorar com urocultura mensal

QUIMIOPROFILAXIA:

- ≥ 2 episódios de itu na gestação + 1 fator de risco: litíase, malformação do trato urinário ou dilatação pielocalical. Opções de medicamentos:
- Nitrofurantoína 100mg 1cp a noite (até 36ª semana)
 - Cefalexina 500mg 1 cp a noite
 - Amoxicilina 500mg 1 cp a noite



ENCAMINHAR PARA MATERNIDADE

ACIONAR SAMU 192

Manejo clínico:

- Deitar paciente em decúbito lateral esquerdo.
- Acesso venoso periférico.
- Verificar BCF a cada 20 min.
- Avaliar dinâmica uterina (contratilidade, intensidade e frequência das contrações) e hidratação (se hipotensão ou desidratação):
- Sf 0,9% 20ml/kg.

Analgesia simples:

- Dipirona 500mg/ml, IV (se dor ou febre).
- Hioscina 20mg IV (se dor).

Sintomáticos auxiliares:

- Metoclopramida 5mg/ml, IV (se vômitos).
- A administração de antibióticos será instituída na maternidade.

REALIZAR UROFITA (SE DISPONÍVEL),

SINTOMÁTICOS:

- Paracetamol 500mg 6/6h para alívio da dor. ANTIBIOTICOTERAPIA
- Coletar urocultura imediata (se possível) e iniciar antibiótico após coleta do exame. Caso não seja possível coleta, iniciar empiricamente. Opções terapêuticas:
- FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G - DOSE ÚNICA. Orientações importantes para tomada:
 - 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.
- NITROFURANTOÍNA 100MG- 6/6H POR 7 DIAS (não usar após 36ª semana de gestação)
- CEFALEXINA 500MG 6/6H POR 7 A 10 DIAS.

OBS: Para todos os casos tratados agendar nova coleta de urocultura 7 dias após término do tratamento, para controle de cura.

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA:

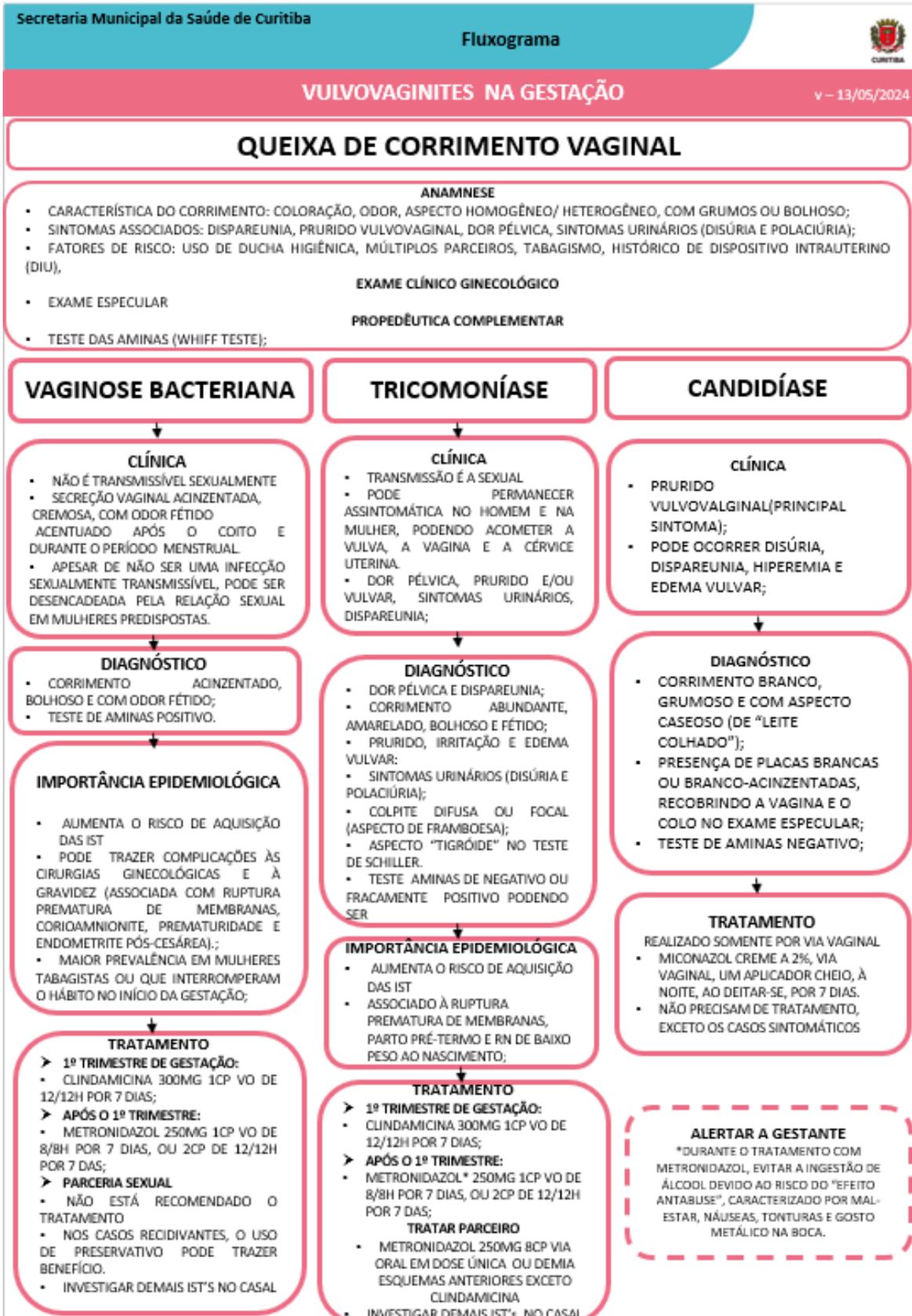
SEMPRE TRATAR COM ANTIBIOTICOTERAPIA: Opções terapêuticas:

- Fosfomicina trometamol 3g - dose única;
- Nitrofurantoína 100mg/6h por 7 a 10 dias (não usar após 36ª semana);
- Cefalexina 500mg- 6/6h por 7 a 10 dias;
- NA PRESENÇA DE ITU POR Streptococcus β hemolítico do grupo b (S. agalactiae)*: Amoxicilina 500mg 8/8h por 10 dias.

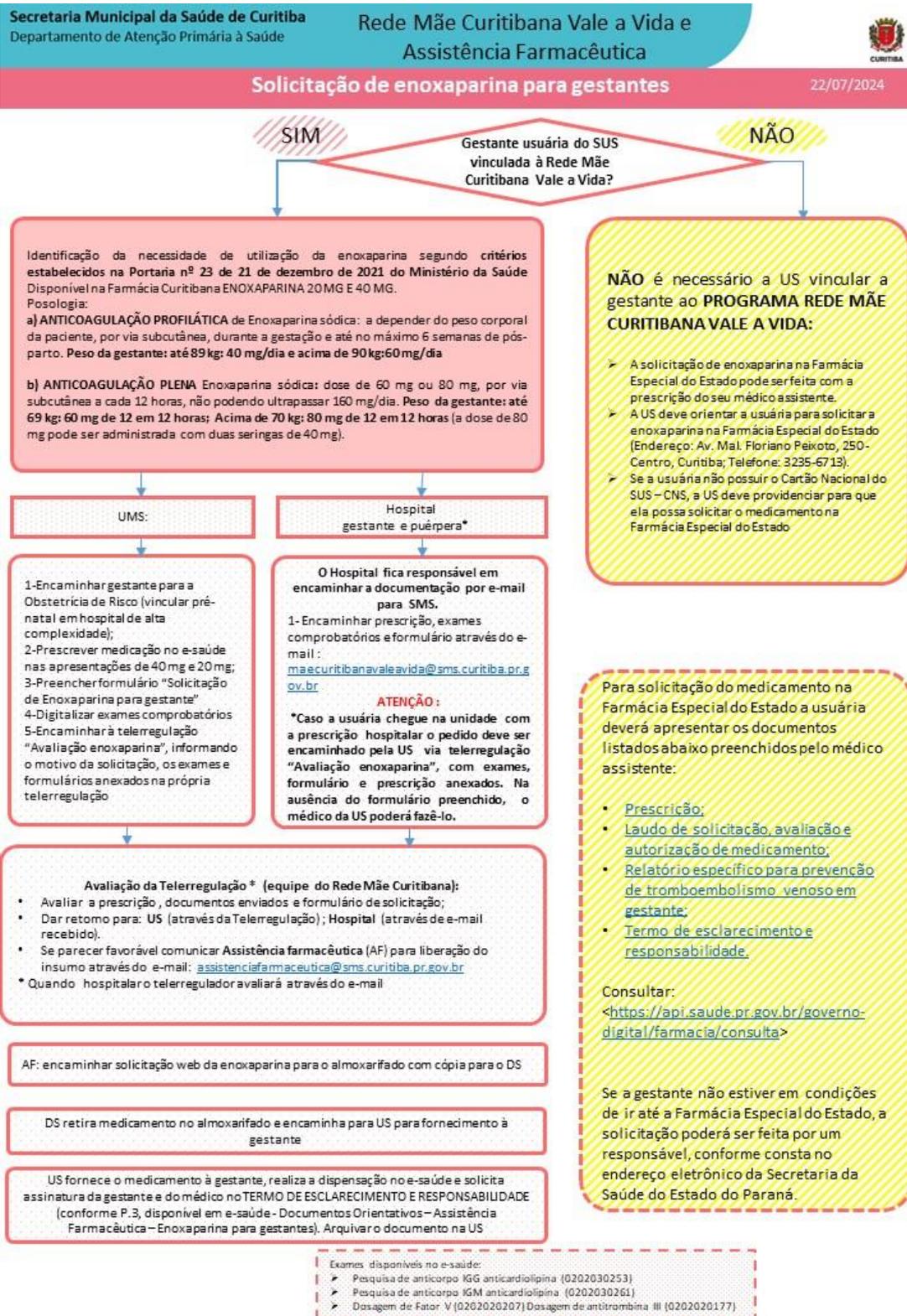
OBS: Para todos os casos tratados agendar nova coleta de urocultura 7 dias após término do tratamento, para controle de cura.

*IDENTIFICADO Streptococcus β hemolítico do grupo b (S. agalactiae), registrar na carteirinha de pré-natal como profilaxia de seps neonatal

4.7. Fluxograma- Vulvovaginites na gestação



4.8. Fluxograma - solicitação de enoxaparina para gestantes



SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA PARA GESTANTES VINCULADAS À REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

Apresentações de enoxaparina padronizadas na FARMÁCIA CURITIBANA: 20mg e 40 mg.

De acordo com a [Portaria Conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021 que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia](#) no âmbito do SUS assinala a situação clínica que justifique a prescrição de enoxaparina sódica:

História pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados); Anexar exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética

Síndrome Antifosfolípideo (SAF)

Assinale ao menos um dos critérios abaixo:

Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);

Histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;

Histórico de óbito fetal com mais de 10 semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente;

Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave,

Anexar ao menos um laudo laboratorial (deve estar presente em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas):

Anticoagulante lúpico (detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia - ISTH, por ser um teste de complexa execução, uma vez que o anticoagulante lúpico é um antifosfolípideo que prolonga os testes de coagulação in vitro (efeito anticoagulante), mas que, in vivo, associa-se a um efeito coagulante)

Anticardiolipina IgG ou IgM (em títulos moderados (>40 unidades de GPL/MPL) a altos (>80 unidades de GPL/MPL) mensurados por teste ELISA padronizado).

Antibeta-2-glicoproteína1 IgG ou IgM (acima do percentil 99 mensurada por teste ELISA padronizado).

Trombofilia hereditária de alto risco:

Anexar ao menos um laudo laboratorial:

mutação homocigótica para o fator V de Leiden;

mutação homocigótica para o gene da protrombina;

deficiência da antitrombina III;

mutações heterocigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.

Trombofilia hereditária de baixo risco com TEV

Anexar ao menos um laudo laboratorial:

mutação heterocigótica para o fator V de Leiden;

mutação heterocigótica para o gene da protrombina;

deficiência da proteína C ou da proteína S

Assinatura e carimbo do médico

SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA PARA GESTANTES VINCULADAS À REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

Termo de consentimento livre e esclarecido para uso de ENOXAPARINA SÓDICA

Eu, _____ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da enoxaparina sódica, indicados para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer a melhora dos sintomas e redução das complicações. E que também fui claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- Evento adverso mais comum: hemorragia podendo ocorrer em qualquer local do corpo, principalmente na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíveis a sangramento, procedimentos invasivos ou uso de associações medicamentosas que afetam a coagulação.
- Outros eventos adversos menos comumente relatados em ensaios clínicos foram: trombocitose, trombocitopenia, hematoma, dor local, aumento das enzimas hepáticas, urticária, prurido, eritema e reação alérgica. Fui também claramente informada que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que faço uso de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos que haja risco de hemorragia (exe.: procedimentos odontológicos ou médico-cirúrgicos). Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia. Sei também que continuarei (a gestante continuará) a ser atendida, inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato: Sim Não

Meu tratamento será Enoxaparina: 40 mg/dia 60 mg/dia 60 mg de 12 em 12 horas 80 mg de 12 em 12 horas.

Data:

Nome da paciente ou do responsável legal: _____

Documento de identificação da paciente ou do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____

Médico responsável: CRM: Assinatura e carimbo do médico

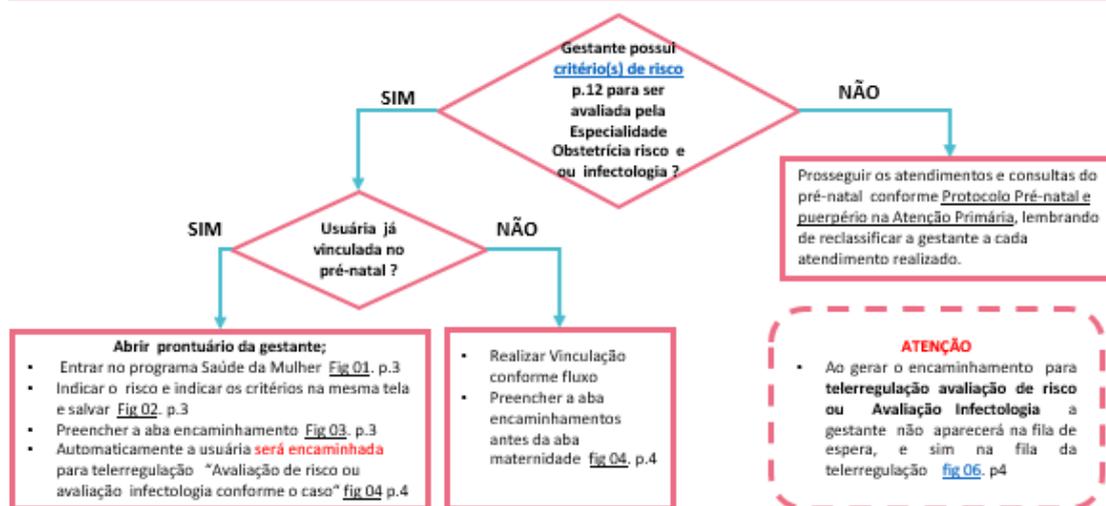
4.9. Telerregulação - avaliação da obst. de risco

TELERREGULAÇÃO/ CONSULTORIA AVALIAÇÃO OBSTETRÍCIA RISCO

v. 08/05/2024

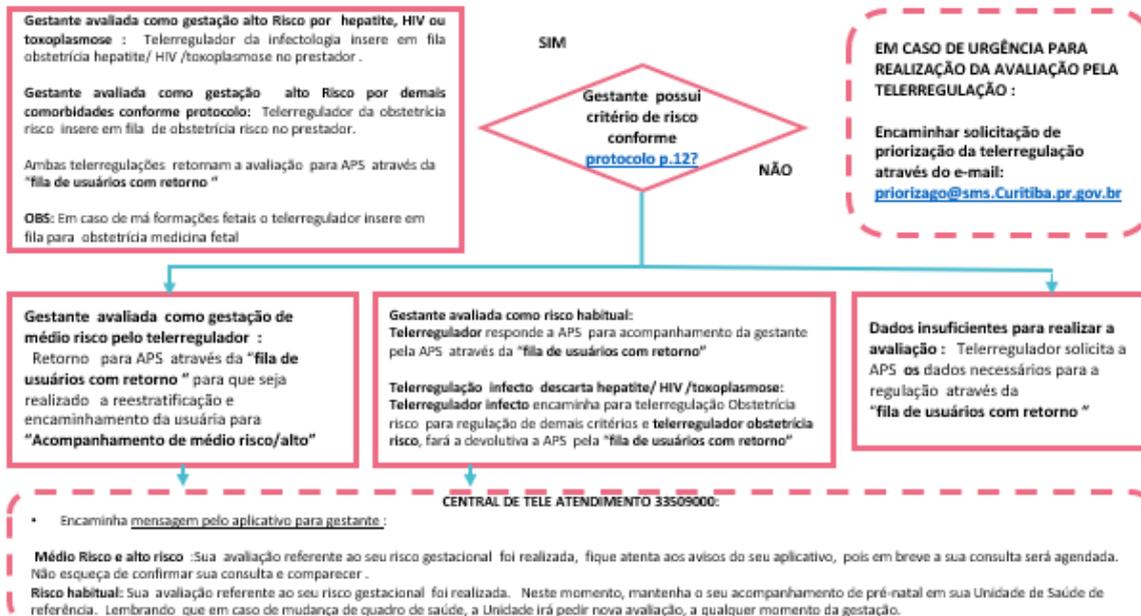
TELERREGULAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

- A investigação de risco deve ser permanente, em toda consulta de pré-natal. Na identificação de um ou mais [critério de risco p.12](#), conforme estratificação, o profissional deverá encaminhar o caso avaliado para telerregulação por meio da área de atuação "[Avaliação Obstetrícia Risco](#)", em [casos de HIV e Hepatites virais e toxoplasmose deverá ser encaminhado para telerregulação](#) da área de atuação "[Avaliação Infectologia](#)"
- Mesmo quando a gestante for encaminhada para avaliação ou seguimento em outro serviço de maior complexidade, a UBS deverá continuar o seu acompanhamento e monitoramento do pré-natal.
- A caracterização de um critério 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 UBS de origem quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada.



TELERREGULAÇÃO: AVALIAÇÃO OBSTETRÍCIA RISCO/ AVALIAÇÃO INFECTOLOGIA

Telerregulador regula o caso verificando os critérios elencados pela APS conforme [Protocolo Pré-natal e puerpério na Atenção Primária](#)



RETORNO AVALIAÇÃO OBSTERÍCIA RISCO NA APS

Autoridade Sanitária Local- ASL

TELECONSULTA Enfermeira / Agenda Saúde da Mulher

Atendimento Administrativo Integração M.S. Relatóri

Confirmação de Comparecimento

Recepção

Fila de usuários com retorno

Fila retorno regulação

Fila retorno Laboratório

MONITORAMENTO ATIVO DS/ASL

- Monitorar a fila de retorno de gestantes avaliadas;
- Agendar retorno com os profissionais da Unidade para reestratificação do risco.

Consulta de retorno

- Verificar a resposta da tele regulação e conduzir conforme orientações do telerregulador conforme classificação:

1. Baixo risco :

- Reestratificar no sistema a gestante como risco habitual e gerar novamente a Carteira da gestante virtual do Sistema e- saúde com a maternidade de risco habitual que a gestante permanecerá vinculada até o fim da gestação

- Na próxima consulta após telerregulação realizada, informar a atual classificação de risco conforme os dados descritos pelo telerregulador, esclarecendo todas as dúvidas e informar a maternidade a qual ela estará vinculada.

- Manter acompanhamento na atenção primária.

- A cada atendimento realizar a classificação de risco e se detectado novos critérios de risco, encaminhar novamente para telerregulação

2. Médico risco / alto

- Na próxima consulta após telerregulação realizada, informar a atual classificação de risco conforme os dados descritos pelo telerregulador, esclarecendo todas as dúvidas e informar a maternidade a qual ela estará vinculada

- Providenciar agendamento para o profissional APOIADOR GO DISTRITAL e repassar para gestante;

- Manter acompanhamento na atenção primária e com APOIADOR GO DISTRITAL .

- A cada atendimento verificar se existem novos critérios que, conforme protocolo, configurem alto risco e encaminhar novamente para telerregulação.

3. Alto Risco

- Na próxima consulta após telerregulação realizada, confirmar a atual classificação de risco e maternidade, conforme os dados descritos pelo telerregulador, esclarecendo todas as dúvidas.

- Informar sobre a importância de comparecer nas consultas no hospital terceirizado e os exames solicitados pelo mesmo

- Manter acompanhamento na atenção primária e alto risco.

- Monitorar se a gestante esta comparecendo e aderindo aos tratamentos propostos pelo serviço de alto risco .

Figura 1: Programa saúde da mulher

Após entrar no atendimento da gestante no E-Saúde, no Campo Registro de protocolos-Ações programadas clicar em prosseguir

Figura 2: Indicação e Classificação do risco

Escolher o risco conforme critérios de risco estabelecidos pelo protocolo Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2023 p.12

A classificação deve ser feita na vinculação e sempre que houverem novos critérios de risco verificados em cada atendimento

Figura 3: encaminhamentos:

Preencher :

Ocupação : Médico Ginecologista e Obstetra

Especialidade: Avaliação Obstetrícia de risco

Estabelecimento de destino : O Hospital que atende o distrito

Motivo do encaminhamento deverá conter:

- Fator de Risco
- Histórico gestacional
- IG
- Histórico da doença
- Fatores relevantes

Terapêuticas já utilizadas deverá ser descrito:

Medicações em uso

Exames complementares :
Exames relevantes para situação

TELERREGULAÇÃO/ CONSULTORIA AVALIAÇÃO OBSTETRÍCIA RISCO

v. 08/05/2024



Figura : Indicação e Classificação do risco

Escolher o risco conforme critérios de risco estabelecidos pelo protocolo [Pré-natal e puerpério na Atenção Primária 2023 p.12](#)

A classificação deve ser feita na vinculação e sempre que houverem novos critérios de risco verificados em cada atendimento

Figura: encaminhamentos:

Preencher :
Ocupação : Médico Infectologista
Especialidade: Avaliação Infectologia
Motivo do encaminhamento deverá conter:

- Fator de Risco
- Histórico gestacional
- IG
- Histórico e exames referentes a doença

Terapêuticas já utilizadas deverá ser descrito:
 Medicamentos em uso e outras medidas terapêuticas

Exames complementares :
 Exames relevantes para situação

TELERREGULAÇÃO/ CONSULTORIA AVALIAÇÃO OBSTETRÍCIA RISCO

v. 08/05/2024

Figura 4:

- Fim da vinculação para gestação que inicia com critérios de alto

Ou

- Fim da nova solicitação de avaliação de risco

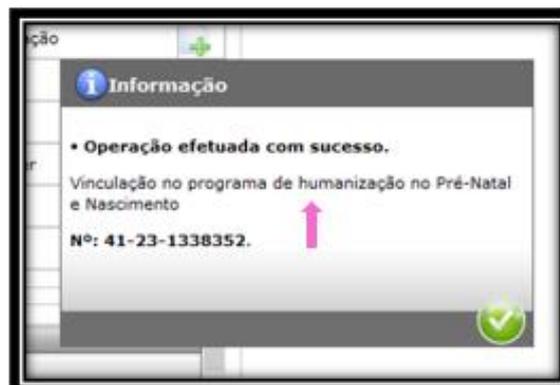


Figura 5:

- Carteira Virtual da gestante que informa qual a unidade em que a gestante está vinculada

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
TESTE - Sem validade legal
CURITIBA SUS

Carteira de Gestante

Usuário: _____ Dt. de Nascimento: _____ Idade: 37 ANO(S)
Mãe: _____ Cartão Nacional: _____
Município de Residência: CURITIBA UMS Responsável: UMS SANTOS ANDRADE
Endereço: _____ Telefone(s): _____

Data Inscrição: 03/11/2023 Classificação: GESTANTE DE RISCO ALTO

Médico Responsável: _____
Enfermeiro Responsável: _____
Maternidade: COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLINICAS DA UFPR (HC E MVFA) Sigaprenatal: 41-23-1338354

Gesta: 3 Para: 0 Cesáreas: 2
Nº de Abortos: 0 Nº de Filhos Vivos: 2 Estatura em cm: 0.0
Última Menstruação: 07/09/2023 Data Provável Parto: 13/05/2024
Grupo Sanguíneo: O Fator Rh: Positivo Fator Rh Pai: Ignorado

Riscos Gestacionais

Data Inclusão	Data Exclusão	Risco
03/11/23 14:23		DIABETES MELLITUS

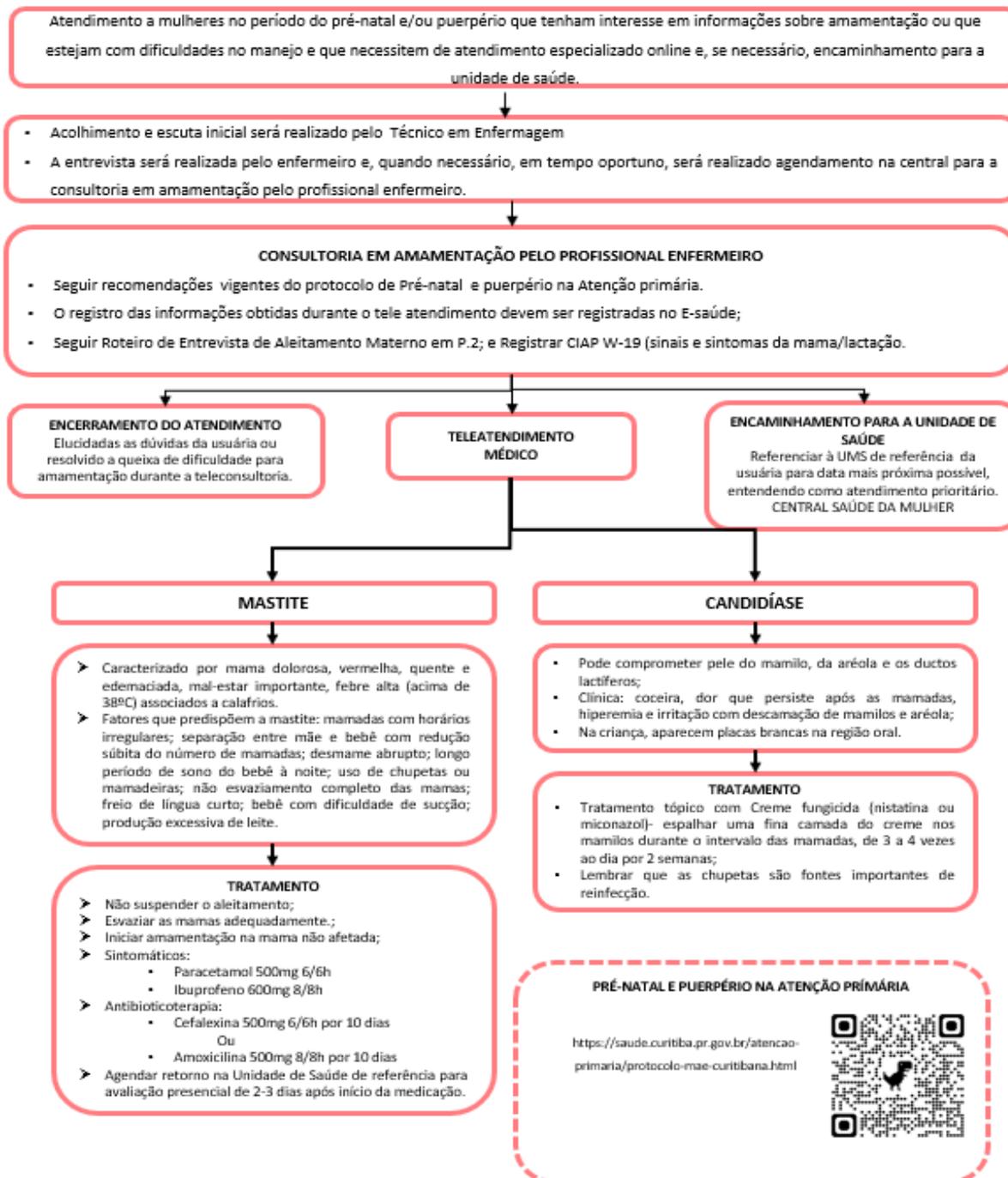
Figura 6:

Gestante inserida em fila de Telerregulação e não fila de espera

Nome	Data de Nascimento	Sexo	Endereço	Telefone	Observações
...
...
...
...
...
...
...
...
...

OBS: Ou infectologia conforme encaminhamento

4.10. Fluxo Central Saúde Já - Aleitamento materno



Tele saúde – Aleitamento Materno

V.2 08/05/2024

ALEITAMENTO MATERNO(AM) ENTREVISTA INICIAL

- 1 Idade: _____
2. Profissão: _____ 3: Estado Civil
() Solteira () Casada () () união estável () outro. Qual? _____
4. Escolaridade:() Sem escolaridade () fundamental completo () fundamental incompleto
() médio completo () médio incompleto () superior completo () superior incompleto
5. Número de filhos: _____
6. Conseguiu amamentar no último filho? () Sim () Não
8. O nascimento foi através de: () parto () cesariana
9. A gestação foi de risco? () Sim () Não
10. Participou de todas as consultas de pré-natal: () Sim () Não
11. foi informada sobre o AM no pré-natal? () Sim () Não
Se sim, aonde? _____
12. Você acha que as informações foram suficientes? () Sim () Não
- DN do RN: ____/____/____
- 13: O bebê foi amamentado na 1ª hora de vida? () Não () Se Sim por cerca de quantos minutos? ____
14. Peso do RN ao nascer: _____ Peso do RN na saída da maternidade Última pesagem: _____

ALEITAMENTO MATERNO- CONSULTA DE NÍVEL SUPERIOR

1. Nome do Bebê: _____
2. O RN está em AM exclusivo? () Sim () Não
3. Houve alguma intervenção na mama? () Sim () Não Qual? _____
4. Uso de medicação no bebê () Sim () Não Qual? _____
5. Frequência da urina do bebê: _____
6. Aspecto e frequência das fezes: _____
8. Mamas: () Nódulos mamários com ou sem diagnóstico () Histórico de CA de mama
() uso de marcapasso ou implantes eletrônicos () () Linfoma () Nenhum
9. A mulher está em uso de medicação () Sim () Não Qual? _____
**** Solicitar que a mulher amamente para realizar a avaliação visual:*
- 10: AVALIAÇÃO DA MULHER :
Aparentemente: () Saudável () doente / depressiva
() relaxada e confortável
() doente / depressiva () relaxada e confortável
() tensa e desconfortável
() mamas apoiadas entre os dedos da forma correta
() mama segurada em tesoura
- 11: AVALIAÇÃO DO BEBÊ: () parece saudável () parece doente () bebê calmo e relaxado
() bebê inquieto e choroso () sinais de vínculo () sem contato visual entre a mãe e bebê
() o bebê não busca ou alcança a mama quando está com fome () Sim () Não
12. POSIÇÃO DO BEBÊ () a cabeça e o corpo do bebê estão alinhados () Sim () Não
cabeça e pescoço do bebê girados para mamar () Sim () Não
() bebê seguro e próximo ao corpo da mãe? () Sim () Não
() bebê de frente para mama e nariz no mamilo () sim ()
() o queixo e o lábio inferior opostos ao mamilo () sim () não
() bebê apoiado () sim () não
13. PEGA : A aureola é mais vista sobre o lábio superior do bebê
() a aureola é mais vista no lábio inferior do bebê () Sim () Não
() a boca do bebê está bem aberta () Sim () Não
() o lábio inferior do bebê está virado para fora? () Sim () Não
() os lábios estão virados para frente ou dentro () Sim () Não
() O queixo do bebê toca na mama () Sim () Não
- 14: SUCÇÃO: lenta e profunda, com pausa () Sim () Não
Succões rápidas e superficiais () Sim () Não
bebê solta a mama quando termina () Sim () Não
Mãe tira o bebê da mama () Sim () Não
Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina () Sim () Não
Mãe sente as mamas mais leves após as mamadas () Sim () Não
Mamas parecem duras e brilhantes () Sim () Não

5. Referências

ABRAMET. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego. AMB- Associação Médica Brasileira. Publicado em outubro/2023. Acesso em 04/12/2023. **Diretriz: Segurança no trânsito durante a gravidez e puerpério.** Disponível em: <<https://abramet.com.br/repo/public/commons/DIRETRIZ%20GRAVIDEZ%20E%20PUERPERIO.pdf>>

American Thyroid Association (ATA). **Guidelines for the Treatment of Hypothyroidism.** Volume 24, Number 12, 2014.

American Thyroid Association (ATA). **Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum.** Volume 27, Number 3, 2017.

Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. ASBAI. **O que é asma grave e quando o paciente deve ser encaminhado aos centros de referência?** Disponível em: <https://asbai.org.br/o-que-e-asma-grave-e-quando-o-paciente-deve-ser-encaminhado-aos-centros-de-referencia/>. Publicado em 4 de dezembro de 2017. Acesso em 12/12/2021

Associação brasileira de asmáticos. **Diferentes tipos de asma. Sua asma é leve, moderada ou grave? Sua asma é eosinofílica? Sua asma é alérgica grave?** Disponível em: <http://www.abrasaopaulo.org/novidades.asp?codigo=128> Publicado em 26 de maio de 2021. Acesso em 12/12/2021

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. Biblioteca Virtual em Saúde. **Anemia falciforme.** Publicado em: outubro de 2007. Acesso em 30/11/2023. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/anemia-falciforme/>>

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. **Gestação 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. **Gestação 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, 2012a

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, DF, 2012b

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, DF, 2013a

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, 2013b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Manual de Condutas Gerais. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2013c

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, 2013d

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, p.13. Brasília, DF, 2013d

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, 2014a

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, 2014b

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : ANVISA, 2014. p.05 Brasília, DF, 2014c

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, DF, 2015a

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, DF, 2015b

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, 2015c

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados / DAET / SAS Universidade Federal de Santa Catarina. **Doença Falciforme: Conhecer para Cuidar**. Publicado em novembro de 2015. Acesso em 30/11/2023. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/39506/mod_resource/content/4/Doenca%20Falciforme_SEM.pdf Brasil, 2015e

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, 2016a

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, 2016b

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: **Saúde das Mulheres** Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf > Brasília, DF, 2016c

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, 2016d

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. Brasília, DF, 2016e

BRASIL. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Rio de Janeiro, RJ, 2016f

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, 2016g

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Acesso em 12/01/2024. Brasil, 2016h

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. Data da última modificação: 14.12.2017. Brasília, DF, 2017a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa conjunta nº 10, 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, 2017b

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, 2017c

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&og=cardiopatias+congenitas+M&aqs=chrome.3.69i57j0l5.13327j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>> Brasília, DF, 2017d

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>> Brasília, DF, 2017e

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, 2017f

BRASIL. **Em que situações e momento da gestação uma mulher Rh negativo deve receber imunoglobulina anti-Rh?** Atenção Primária em Saúde Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde. Disponível em: <<https://aps-repo.bvs.br/aps/em-que-situacoes-e-momento-da-gestacao-uma-mulher-rh-negativo-deve-receber-imunoglobulina-anti-rh/>> Brasília, DF, 2017g

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Secretaria de Vigilância e Saúde. Brasília, DF, 2018a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf Brasília, DF, 2018b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Acesso em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf Brasília, DF, 2018c

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, 2019a

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2019b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf> Brasília, DF, 2019c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2019d

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília, DF, 2019e

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fluxogramas para Manejo Clínico para Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. MS. Brasília-DF, 2021. Brasília, DF, 2021a

Brasil. Ministério da Saúde. Fascículo 3 **Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes**. Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guiia_alimentar_fasciculo3> 1. Protocolos. 2. Guias alimentares. 3. Atenção primária à saúde. 4. Atenção à saúde. I. Título. II. Universidade de São Paulo. Brasília, DF, 2021b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2021c

Brasil. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Toxoplasmose na gestação**. Publicado em 10 de junho de 2021. Acesso em 05/01/2024. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/48433/toxoplasmosegestacao.pdf?sequence=2&isAllowed=y>> Brasil, 2021d

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília-DF, 2022. Acesso em 15/09/2022. [caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf) disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf> Brasília, DF, 2022a

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf> Brasília, DF, 2022b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Modo de acesso: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.2.ed_rev.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.2.ed.rev.pdf) ISBN 978-65-5993-234-4 > Brasília, DF, 2022c

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília, DF, 2022d

Brasil. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Principais Questões sobre Gestação na Doença Falciforme**. Publicado em 4 de novembro de 2022. Acesso em 30/11/2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-gestacao-na-doenca-falciforme/>> Brasil, 2022e

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ofício nº 118/2022/CGDR/.DCCI/SVS/MS. **Informações sobre a disponibilidade do medicamento Rifampicina 300mg +Isoniazida 150 mg (2x1 dose plena), comprimido, para tratamento da Tuberculose (TB)**. Publicado em 17 de março de 2022. Brasília. Brasil, 2022f

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes**. Brasília. Ministério da Saúde. Acesso em 05 de fevereiro de 2024. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes > Brasil, 2022g

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022h

Brasil. FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Principais Questões sobre Evidências em Suplementação de Cálcio e Prevenção da Pré-eclâmpsia**. Publicado em 11 jul 2022. Acesso em 12 de setembro de 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-evidencias-sobre-suplementacao-de-calcio-e-prevencao-da-pre-eclampsia/#:~:text=9.,e%2036%C2%AA%20semana%20de%20gesta%C3%A7%C3%A3o>

Brasil. Ministério da Saúde. **Doença falciforme**. Maio, 2023. Acesso em 30/11/2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-falciforme>> Brasil, 2023a

Brasil. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 14/2023-.DATHI/SVSA/MS**. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. Atualizado em 17/07/2023. Acesso em 05/12/2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei_ms_-_0034352557_-_nota_tecnica_penicilina.pdf/view Brasil, 2023b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.144 p. : il. Acesso em 12/01/2024. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepbdigital.pdf > Brasil 2023 c

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 2**. Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 3 v.: il. Acesso em 12/01/2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6ed.pdf > Brasil 2023d

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 2**. Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Acesso em 09/01/2025. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>>

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). **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>> CDC, 2015a

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> > CDC, 2015b

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>> CDC, 2015c

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> > CDC, 2018a

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/>> CDC, 2018b

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 – FEBRASGO. **Manual de Aleitamento Materno**. Febrasgo, 2010.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Manual de Gestão de Alto Risco**, Manual de Orientação. Febrasgo, 2011a

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Aloimunização Rh na Gestação**. Projeto Diretrizes. Manual de Orientação. FEBRASGO, 10 de outubro de 2011. Disponível em: <https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/aloimunizacao_rh_na_gestacao.pdf> Febrasgo, 2011b

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

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

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

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

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>>. Febrasgo, 2017c

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno**. Série Orientações e Recomendações. Publicado em 23 maio 2017. Acesso em 05/02/2024. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/46-papel-do-obstetra-no-sucesso-da-amamentacao>> Febrasgo, 2017d

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Nutrição durante a gravidez**. Protocolo FEBRASGO. Obstetrícia nº 14. Febrasgo, 2018a

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Doenças da Tireoide na Gestação**. Protocolos Febrasgo. Obstetrícia nº 49. Febrasgo, 2018b

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia**. Protocolos Febrasgo. Obstetrícia nº 8. Febrasgo, 2018c

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Infecção Urinária de Repetição-Aspectos atuais**. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/423-infeccao-urinaria-de-repeticaoaspectos-atuais>>. Febrasgo, 2018d

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Obesidade na mulher**. Protocolos Febrasgo, nº 03. Obstetrícia, 2019.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural – DTN**. Série orientações e recomendações Febrasgo nº 1. Febrasgo, 2020a

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Doença hemolítica perinatal**. São Paulo. Protocolo Obstetrícia, nº. 85/ Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal. Febrasgo, 2020b

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural.** Protocolos Febrasgo. Obstetrícia nº 35. Febrasgo, 2021a

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Imunizações ativa e passiva durante a gravidez.** Protocolos Febrasgo. Obstetrícia nº 12. Febrasgo, 2021b

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Asma e gravidez.** São Paulo. Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 42/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco. Febrasgo, 2021c

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Amamentação.** São Paulo. Série Orientações e Recomendações, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno. Febrasgo, 2021d

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Hipertensão arterial crônica e gravidez.** São Paulo. Protocolo Obstetrícia, n. 75/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco. Febrasgo, 2021e

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Makabe S, Jorge SR. **Uso de medicamentos durante o aleitamento materno.** São Paulo. Série Orientações e Recomendações nº 3/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno). Febrasgo, 2021f

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Toxoplasmose e gravidez.** São Paulo. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, nº 23. Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n23---O---Toxoplasmose-e-gravidez.pdf> . Febrasgo, 2021g

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO. Mariani Neto C, Serva VM. **A importância do aleitamento materno exclusivo.** São Paulo: 2021. Cap. 1, p. 1. Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 3, Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno. Febrasgo, 2021h

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO. Abrão AC, Marcacine KO, Coca KP, Albuquerque RS. **Técnica de amamentação.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2021. Cap. 5, p. 38-47. Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº.3/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno. Febrasgo, 2021i

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco e o Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. FEBRASGO POSITION STATEMENT **Rastreo, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação.** Número 10 – Outubro 2022. Acesso em 12 de dezembro de 2023. Disponível em: < <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N10-Outubro-2022-portugues.pdf>>

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Posicionamento FEBRASGO em relação à Lei 14.598, sobre inclusão de exames no protocolo de assistência de rotina às gestantes brasileiras.** Publicado em 19 de junho de 2023. Acesso em 12/01/2024. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1685-posicionamento-febrasgo-em-relacao-a-lei-14-598-sobre-inclusao-de-exames-no-protocolo-de-assistencia-de-rotina-as-gestantes-brasileiras>

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação. **Hipertensão arterial crônica e gravidez.** 3ª ed. São Paulo – FEBRASGO, 2024. (Protocolos FEBRASGO, Obstetrícia, no. 19).

FEMINA. **Atualizações na profilaxia da isoimunização.** Rh Updates in the prophylaxis of the Rh isoimmunization. Julho 2010 | vol 38 | nº 7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n7/a1522.pdf>>

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.

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>.

Korkes HA, Ramos JGL, de Oliveira LG, Sass N, Peraçoli JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. **Pré-eclâmpsia- Protocolo 2025.** Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J. **Vaginites e vaginoses.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 24/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas)

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

Magalhães RS, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira LJES. **Cartografia do cuidado na saúde da gestante.** Cien Saude Colet [Internet]. 2012 [acesso em:05/03/2023]. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300009>>

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

Organização Mundial da Saúde- OMS. **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

Organização Mundial da Saúde- OMS. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos.** OMS, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>

Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. 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.

Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkeas HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Sass N. **Pré-eclâmpsia – Protocolo 2023.** Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023

Santos Filho OO, Telini AH. **Infecções do trato urinário durante a gravidez.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 87/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

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 Patologia Clínica. **Hemoglobina, variantes da.** Publicado em 24 de junho de 2019. Acesso em 15/01/2024. Disponível em: <<https://labtestsonline.org.br/tests/hemoglobina-variantes-da> >

Sociedade Brasileira de Imunizações- SBIm. **Calendário de Vacinação SBIm GESTANTE.** Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2023/2024. Acesso em 12/01/2024. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>>

Universidade Federal do Rio Grande do sul- teleregulação. **Quais anti-hipertensivos podem ser utilizados na gestação?** Atualização 14/02/2023. Acesso em 19/03/2025. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/anti-hipertensivos-gestacao/#:~:text=O%20atenolol%20e%20o%20propranolol,3%2C5%2C6%5D>>

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** WHO, 2016. University of Michigan Health. Michigan Medicine. **Classification of Asthma.** Publicado em 26 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.uofmhealth.org/health-library/hw161158> Acesso em 12/12/2021

**Equipe
responsável**

Organização e Elaboração:

Ana Paula Hoffman de Andrade
Ângela Leite Mendes
Everson Ribeiro de Lima
Karin Madeleine Godarth
Karina Utrabo Prosdocimo
Larissa Chioquetta Loresent
Lourdes Terezinha Pchebilski
Marina Maria de Brito Neta

Colaboradores:

Alexei Volaco
Albanir Laier Bordignon
Angela Cristina Lucas de Oliveira
Braulio Augusto Correa de Melo
Bruna Volaco Gonzalez de Carvalho
Carolina Ignez Maier Guedes
Claudia Weingaertner Palm
Dirlene Pacheco Venancio
Haroldo Pinheiro
Heloisa Nogara Orza
Liza Regina Bueno Rosso
Mario Augusto Gori Gomes
Marta Abatepaulo de Faria
Paulo Cesar Zimmermann Felchner
Tatiane Boutin Telles
Vanessa Cini



CURITIBA