

CADERNO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL RISCO HABITUAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Sezifredo Paz
Diretor Geral

Márcia Huçulak
Superintendente de Atenção à Saúde

Shunaida Namie Sonobe
Departamento de Atenção Primária à Saúde

Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Cibele Domingues Prado
Iolanda Novadski
Luciana Hatschbach
Maria Angélica Cúria Cerveira
Tatiana Gomara Neves

Equipe de Apoio

Carolina Bolfe Poliquesi
Elisete Ribeiro
Izabel Christina de Mello Brito
Joanilda Leskiewicz
Mara R. Franzoloso
Paula V. Michelin Toledo
Renato Antônio Teixeira Lopes

APRESENTAÇÃO

SAÚDE PARA TODO PARANÁ!

Levar saúde para todos os paranaenses é um desafio que demanda comprometimento de gestores e profissionais de saúde de todos os municípios. Adotar novas formas de gestão, melhorar processos de trabalho e rever procedimentos faz parte da rotina de quem tem a função de cuidar da vida no Paraná.

É com esse olhar que a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu os “Cadernos de Atenção à Saúde”, nos quais são detalhados os protocolos das redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência para apoiar as equipes de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

O conjunto de “Cadernos” constitui ferramenta essencial para a atuação em Redes de Atenção, política pública de saúde do Paraná que tem se mostrado eficaz.

Queremos que cada profissional se aproprie dos conteúdos disponibilizados nessa coleção e que juntos possamos cada vez mais interferir para melhorar os índices de saúde do Paraná.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	7
1.1 ACOLHIMENTO.....	7
1.2 CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ATENÇÃO PRÉ-NATAL COM QUALIDADE.....	7
1.3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	8
1.3.1 COMPETÊNCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAP)	8
1.3.2 COMPETÊNCIAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS).....	8
1.3.3 COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE.....	8
1.4 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO INCENTIVO AO PARTO NORMAL.....	9
2. ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL.....	10
2.1 CONSULTAS.....	10
2.1.1 COMPONENTES DA CONSULTA	10
2.2 EXAMES DA ROTINA PRÉ-NATAL RECOMENDADOS	11
2.3 OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES RECOMENDADOS	12
3. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS, MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO, QUE PODEM SER IDENTIFICADAS POR MEIO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA E/OU DOS EXAMES DA ROTINA PRÉ-NATAL	12
3.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO (BRASIL ^a , 2012).....	12
3.2 DIABETES NA GESTAÇÃO	13
3.3 SÍFILIS	15
3.3.1 SÍFILIS NA GESTAÇÃO	17
3.4 HIV	20
3.4.1 HIV NA GESTAÇÃO.....	20
3.5 HEPATITES VIRAIS.....	23
3.5.1 HEPATITE B	23
3.5.2 HEPATITE C.....	25
3.6 TOXOPLASMOSE.....	27
3.7 ANEMIA	28
3.7.1 DOENÇA FALCIFORME	30
3.7.2 TALASSEMIA	30
3.8 PARASITÓSES INTESTINAIS.....	30
3.9 INFECÇÃO URINÁRIA.....	31
3.9.1 BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA.....	31
3.9.2 CISTITE AGUDA	31
3.9.3 PIELONEFRITE	32
REFERÊNCIAS	34
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	36
REFERÊNCIAS	38

Introdução

A organização da Rede de Atenção Materna Infantil tem como objetivo a qualificação do atendimento no período gravídico e puerperal. Neste processo de atenção o balizamento de ações e condutas é utilizado como ferramenta de trabalho na assistência ao binômio e família. A caracterização do contexto de atendimento, bem como do perfil epidemiológico da população assistida se fazem importantes.

Sendo assim, a construção da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, bem como sua constante revisão, permite manter-se conduta linear nos diferentes pontos de atenção, quanto a atendimento, estratificação de risco, referência, fluxo de atendimento e competências das equipes e profissionais de saúde.

Enquanto ordenadora do cuidado nos diferentes níveis de atenção, a Atenção Primária vem mostrando toda a qualidade na atenção pré-natal, desde a captação precoce da gestante até sua 1ª consulta puerperal. Isso se comprova com os resultados da diminuição da mortalidade materna em 40% e da mortalidade infantil em 10%, em 2012. (Huçulak, M. C., Peterlini O., 2014)

O “Caderno de Atenção ao Pré-Natal: Risco Habitual” é mais uma forma de apoio à Atenção Primária, trazendo a toda equipe um instrumento de fácil acesso e entendimento, a fim de qualificar a atenção dispensada às gestantes do Paraná.

1. Organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Planejamento e Programação da Atenção ao Pré-Natal

A equipe da APS deve ofertar outras ações de saúde, referentes à linha de cuidado materno-infantil, além do acesso da gestante ao pré natal na Unidade Básica de Saúde (UBS). A equipe precisa conhecer, ao máximo, a população adstrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstrem interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. (BRASIL^a, 2012)

É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. O vínculo e o acolhimento da mulher e de sua parceria sexual oportunizam espaços de comunicação que podem favorecer o aconselhamento pré-concepcional, a detecção precoce da gravidez e o início precoce do pré-natal. (BRASIL^a, 2012)

Neste contexto, as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando a referida população necessitar de atenção em outros serviços

do sistema de saúde. (BRASIL^a, 2012)

Assim, a partir da avaliação da necessidade de cada usuária, e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes de atenção (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial) deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. (BRASIL^a, 2012)

1.1 Acolhimento

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. (BRASIL^a, 2012)

O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir da recepção da usuária com escuta qualificada, favorecimento do vínculo e avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados. (BRASIL^a, 2012)

1.2 Condições Necessárias para a Atenção Pré-Natal com Qualidade

Os “Dez Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica” são (BRASIL^a, 2012):

- 1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
- 2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação, em tempo oportuno, dos exames preconizados na atenção pré-natal.
- 4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico.
- 5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º PASSO: É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: «pré-natal do (a) parceiro (a)».
- 7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto

fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

1.3 O Papel da Atenção Primária à Saúde no Pré-natal e Puerpério

1.3.1 Competências da Atenção Primária à Saúde (UAP)

A equipe da UAP é responsável pela atenção às gestantes e crianças residentes na sua área abrangência e devem:

- Inscrever as gestantes no pré natal e cadastrá-las no SISPRENATAL.
- Vincular as gestantes ao hospital/maternidade, de acordo com sua estratificação de risco.
- Solicitar os exames da rotina pré-natal da Rede Mãe Paranaense e agendar consulta médica para avaliação dos resultados.
- Realizar as consultas de pré-natal, conforme cronograma, avaliando, em cada consulta, possíveis alterações e mudança na estratificação de risco.
- Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e monitorar o uso efetivo da terapêutica instituída em cada caso.
- Imunizar as gestantes, conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- Encaminhar as gestantes estratificadas como de Risco Intermediário ou de Alto Risco, por meio da Central de Regulação, para o ambulatório de referência (Centro Mãe Paranaense) e monitorar estas gestantes.
- Garantir no mínimo 07 consultas de pré-natal e 01 consulta no puerpério.
- Imunizar as crianças, conforme calendário de imunização.
- Encaminhar as crianças menores de 01 (um) ano, estratificadas como de Risco Intermediário ou de Alto Risco, para o Centro Mãe Paranaense e/ou ambulatório de referência, conforme protocolo.

1.3.2 Competências do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidados especiais.

- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré natal, priorizando aquelas em situação de risco.
- Captar as gestantes de sua área de atuação e encaminhá-las à UAP para a inscrição no pré natal.
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante, por meio da visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e de Alto Risco.
- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não compareceram à UAP para acompanhamento.
- Captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo.
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém, que tiveram alta hospitalar.
- Observar, também na visita do recém-nato, se os procedimentos de triagem neonatal (teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho e teste do coraçãozinho) foram realizados antes da alta hospitalar, caso contrário, retorno na UAP, o mais breve possível, para os encaminhamentos necessários.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo – ACS “Amigo do Peito”.
- Garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando a equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de violência.

1.3.3 Competências da Equipe de Saúde

- Conhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade, coletados no cadastramento.
- Acompanhar as famílias da microárea de risco em suas casas (visita domiciliar), na UAP (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias e auxiliando na busca por melhor qualidade de vida para a comunidade.
- Estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas prioritários, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades.
- Identificar fatores de risco para a gestante e o feto, por meio de antecedentes familiares e pessoais,

com as famílias das microáreas definidas como risco social.

- Cadastrar a gestante, o mais precoce possível, e alimentar o SISPRENATAL por ocasião das consultas.
- Marcar consulta de avaliação com a Equipe de Saúde Bucal.
- Manter a Carteira da Gestante preenchida, de forma legível e completa, com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos, quando existirem. Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar. Assim, a gestante deve ser orientada a estar sempre portando a sua Carteira.
- Realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém nascidos que até o 5º dia pós alta hospitalar e agendar consulta na UBS.
- Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação, etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea.
- Assistir às gestantes, puérperas e crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências, e monitoramento dos casos de risco.
- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias, incluindo consulta odontológica para o bebê.
- Registrar na Carteira da criança todos os dados necessários para o seu acompanhamento, relacionados ao desenvolvimento, intercorrências e procedimentos realizados até os 05 (cinco) anos de idade. O início do preenchimento deverá ocorrer na atenção hospitalar, quando todas as informações sobre o parto e o nascimento devem ser registradas e entregues à mãe. A mãe deve ser orientada a portar a Carteira da Criança sempre que se direcionar a qualquer serviço de atenção à saúde.
- Acompanhar a criança de risco até um ano de vida.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura.
- Acompanhar os indicadores relativos à área de abrangência da UAP e que constam do Painel de Bordo da Rede Mãe Paranaense.

1.4 O Papel da Atenção Primária no Incentivo ao Parto Normal

A gestação e nascimento são processos de vida que envolve mulheres, famílias, comunidade e profissionais de saúde. Neste período, a realização do Pré-Natal propicia que mulher e família estreitam sua convivência com a equipe de saúde da Atenção Primária. Neste sentido os profissionais têm papel fundamental na construção do vínculo e da realização de educação em saúde que possam prepará-los para a chegada do bebê de forma humanizada.

Atender de forma humanizada prevê respeito às escolhas desta mulher e família, que livremente informados e esclarecidos pela equipe de saúde, poderão decidir e se responsabilizar em seu autocuidado assistido.

As Redes de Atenção são ferramentas importantes para a sistematização do uso de dados epidemiológicos como ponto inicial para estratégias de ação e propicia o apoio e troca de experiências exitosas de forma mútua entre as diferentes esferas.

Neste cenário podemos elencar ações estratégicas a serem realizadas pela equipe da Atenção Primária com vistas ao incentivo do Parto Normal :

- Aprimorar o acesso ao planejamento familiar minimizando a ocorrência de gestações indesejadas;
- Realizar a captação precoce da gestante para início do acompanhamento Pré-Natal;
- Levantar perfil epidemiológico local para proposição de ações estratégicas na Saúde da Mulher e incentivo ao parto normal condizentes com a população assistida pela UBS;
- Estimular e incentivar ações em rede, com a participação dos diferentes setores da saúde no sentido de informar a população sobre o parto normal;
- Organizar grupos de trabalho e discussão entre os profissionais da equipe abordando temas como: tipos de parto, fisiologia e etapas do parto normal, papel da equipe da Atenção Primária e hospitalar na Assistência ao Parto, Boas Práticas na Atenção ao Parto, entre outros, embasados em Evidências Científicas;
- Utilizar materiais didáticos e Evidências Científicas de entidades e banco de dados confiáveis como fonte de informação para o planejamento de ações estratégicas no incentivo ao parto normal;
- Manter relação respeitosa com a gestante e sua família, propiciando ambiente acolhedor, privacidade e autonomia da mulher nas decisões relacionadas à sua gestação e parto;

- Incentivar a visita da gestante e acompanhante (de preferência aquele que a gestante deseja que esteja com ela durante sua permanência no hospital) à maternidade de referência. Pode ser estimulado o acompanhamento de um profissional de saúde da UBS nesta visita;
- Produzir materiais informativos que atendam as necessidades locais, que podem ser construídos em conjunto entre profissionais e população assistida;
- Manter calendário de planejamento para realização de Educação em Saúde com temas afins ao Parto Normal;
- Realizar grupos para gestantes e outros interessados abordando temas afins ao processo de nascimento, como: Tipos de Parto, fisiologia e fases do parto normal, a relação entre o trabalho de parto e a dor, boas práticas obstétricas e neonatais segundo a Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, a presença do acompanhante no trabalho de parto, a relação entre o tipo de parto e a amamentação, identificação das contrações uterinas e reconhecimento dos sinais e sintomas do trabalho de parto, sinais de risco durante gestação e trabalho de parto, entre outros.
- Uso de metodologias lúdicas na Educação em Saúde;
- Troca de experiências exitosas entre equipes da Atenção Primária no incentivo ao Parto Normal.

para programar uma visita guiada, da gestante e do acompanhante, no hospital, e esta visita deve acontecer até o 6º mês de gestação.

2.1 Consultas

A primeira consulta deve ser realizada o mais precocemente possível, ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo 07 (sete) consultas durante a gravidez e 01 (uma) no puerpério, resultando no mínimo em 08 consultas para o atendimento da gestante/puérpera, na seguinte proporção:

- 02 (duas) no primeiro trimestre;
- 02 (duas) no segundo trimestre;
- 03 (três) no terceiro trimestre da gestação;
- 01 (uma) no puerpério.

A primeira consulta corresponde ao cadastro, onde o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina.

2.1.1 Componentes da Consulta

- Anamnese: história clínica (geral e obstétrica), condições e hábitos de vida;
- Exame Físico (geral e ginecológico/obstétrico);
- Preenchimento completo e legível do prontuário e da Carteira da Gestante;
- Preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL;
- Solicitação de exames da rotina pré-natal (Quadro 1);
- Orientação, avaliação dietética e prescrição, de acordo com a necessidade.

2. Acompanhamento Pré-natal

A avaliação e a Estratificação de Risco da gestação, definidos na Linha Guia Mãe Paranaense, devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Deve ser garantido o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada à gestação de risco, conforme desenho da Rede de Atenção Materno Infantil Mãe Paranaense.

Vale reforçar que, mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da unidade básica, continua responsável pelo cuidado a esta gestante.

Compete às equipes de Atenção Primária à Saúde, o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. Nas Unidades de Saúde, a gestante deve ser informada e referenciada para o serviço hospitalar que realizará o parto, e esta informação deve constar na Carteira da Gestante. A UAP deve entrar em contato com o serviço hospitalar

2.2 Exames da Rotina Pré-Natal recomendados

QUADRO 1 – Exames da rotina pré-natal recomendados na Rede Mãe Paranaense

ROTINA DE PRÉ-NATAL			
Exames	1º Trimestre (1ª Consulta)	2º Trimestre	3º Trimestre
TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ	X		
TESTE RÁPIDO PARA HIV* ou PESQUISA DE ANTI-CORPOS ANTI-HIV1 + HIV2 (ELISA)	X	X	X
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS (TESTE TREPONÊMICO)	X	X	X
VDRL* (TESTE NÃO TREPONÊMICO)	X	X	X
FTA-Abs ou CMIA (TESTES TREPONÊMICOS)**	X	X	X
TESTE RÁPIDO PARA DOSAGEM DE PROTEINÚRIA	A critério médico		
TIPAGEM SANGUÍNEA	X		
PESQUISA FATOR RH	X		
ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	X		
HEMATOCRITO	X		X
URINA I	X	X	X
CULTURA DE BACTERIAS	A critério médico	A critério médico	A critério médico
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	X		
DOSAGEM DE GLICOSE	X		X
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBS AG)	X		
ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA	X		
EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLORA	X		
TOXOPLASMOSE (IgG e IgM)	X	X	X
TESTE DE AVIDEZ DE IgG PARA TOXOPLASMOSE***	***	***	***
TESTE INDIRETO DE ANTI-GLOBULINA HUMANA (TIA)	X		
PARASITOLÓGICO DE FEZES	X		

Nota: * O VDRL, como triagem para sífilis, deve ser realizado apenas em municípios que não dispõe de teste rápido, pois este exame apresenta risco de resultado falso negativo.

** O FTA-Abs e o CMIA são testes que devem ser realizados para confirmação de resultados reagentes do teste rápido e de VDRL ou, ainda, podem substituir o teste rápido.

*** Este exame deve ser realizado, em caso de IgG e IgM reagentes para toxoplasmose, preferencialmente na mesma amostra de sangue da 1ª coleta e antes da 16ª semana de gestação.

2.3 Outros exames complementares recomendados

- Avaliação da saúde bucal: preferencialmente no 1º trimestre;
- Ultrasonografia obstétrica(US): realizar US preferencialmente no 1º trimestre (período mais adequado para precisar a idade gestacional) ou até a 24ª semana de gestação, e repetir na presença de intercorrências (a critério médico);
- Exame para detecção de Tuberculose, para gestante HIV positivo.

3. Intercorrências Clínicas e Obstétricas, mais frequentes na Gestação, que podem ser identificadas por meio da Avaliação Clínica e/ou dos Exames da Rotina Pré-Natal

3.1 Síndromes Hipertensivas na Gestação (BRASIL^a, 2012)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, presente em 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal.

A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg. O diagnóstico deve ser realizado por medidas seriadas dos níveis pressóricos, em condições ideais, durante o acompanhamento pré-natal, ao menos em três ocasiões. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.

Existem vários fatores que aumentam o risco da gestante ter hipertensão arterial: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade.

Outros sinais de alerta para o aparecimento da hipertensão são: IMC > 25,8; idade materna maior do que 35 anos, uso de método anticoncepcional de barreira, aborto prévio, ganho excessivo de peso. (BRASIL^a, 2012)

Segundo as “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, a HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação, no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de

12 semanas após o parto.

- Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria.
- Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico.
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: é definida pela elevação aguda da PA, a qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

A avaliação seriada da PA deve ser realizada concomitante com o acompanhamento do ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Gestantes com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia. BRASIL^a, 2012

Complicações (BRASIL^a, 2012)

– Descolamento Prematuro de Placenta: Incide em 0,5 a 3,0% das gestações, com altos índices de mortalidade perinatal e materna. Diagnóstico é, preferencialmente, clínico: dor abdominal súbita (intensidade variável); sangramento (vermelho-escuro, com coágulos; pouca quantidade, incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque; às vezes sangramento oculto); taquihipersistolia (fase inicial); útero hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; batimentos cardíacos fetais alterados ou ausentes; condições gerais maternas variáveis (desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea).

– Síndrome HELLp: Acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, decorrente de vasoespasmo no fígado materno; grave. Sintomatologia pobre, podendo ocorrer mal-estar, epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito,

náuseas, vômitos, perda de apetite e cefaléia. Confirmação diagnóstica é laboratorial:

- plaquetopenia: < 100.000 plaquetas/mm³
- hemólise: esquizócitos no sangue periférico
- aumento de enzimas hepáticas: – Desidrogenase láctica/DLH > 600U/l
– Bilirrubina total > 1,2mg/dl
– TGO > 70U/l

Gestantes que apresentem os quadros clínicos acima descritos devem ser encaminhadas para urgência obstétrica, para avaliação e conduta.

Tratamento

- Agudo: urgência ou emergência hipertensiva; requer hospitalização, monitoramento intensivo, antecipação do parto e administração parenteral de antihipertensivos (hidralazina) e/ou de sulfato de magnésio (prevenção da eclâmpsia, grau de recomendação A).
- A longo prazo: para gestantes com pré-eclâmpsia com quadro estabilizado, sem necessidade de parto imediato. Indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral. Não se recomenda anti-hipertensivo para HAS com valores de PA < 150/100mmHg associada à pré-eclâmpsia ou à hipertensão crônica.

A metildopa é a droga preferencial como terapia de primeira linha, por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto.

Podem ser utilizados também os bloqueadores beta (risco RCIU) e alfa adrenérgicos, assim como os antagonistas do cálcio (nifedipino, anlodipino e verapamil). Diuréticos são seguros e eficazes, quando indicados, em especial nas hipertensão crônicas que já os utilizavam antes da gestação.

Atribuição da Atenção Primária à Saúde na atenção às Síndromes Hipertensivas na Gestação

Os profissionais de saúde que atendem pré-natal na atenção primária devem estar atentos aos fatores predisponentes ao aparecimento da hipertensão na gestação ou ao agravamento de condição hipertensiva pré-existente.

A gestante identificada como hipertensa na APS, em qualquer das categorias de síndrome hipertensiva supra-relacionadas, deverá ser estratificada como gestante de alto risco, devendo ser vinculada para realização de pré-natal e do parto em serviço de referência para gestação de alto risco.

Iniciar tratamento anti-hipertensivo, ainda na APS, quando indicado, concomitante ao encaminhamento para o serviço especializado, conforme as orientações elencadas neste Caderno.

Vale reforçar que, mesmo após o encaminhamento

para serviço de atenção à gestação de alto risco, a equipe de saúde da unidade básica continuará responsável pelo cuidado a esta gestante.

Recomenda-se realizar acompanhamento do estado nutricional e ganho ponderal da gestante, por meio de curvas de IMC específicos para esta população, incluindo orientações sobre alimentação equilibrada, com a finalidade de redução do risco de hipertensão e diabetes durante o ciclo grávido- puerperal.

QUADRO 2 – Ganho ponderal (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (Kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte:WHO, 1995 in BRASIL 2011

3.2 Diabetes na Gestação

O diabetes mellitus é uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. Os sintomas clássicos são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de com-

plicações crônicas, como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASILa, 2012)

O diabetes mellitus associado à gravidez pode ser classificado como:

- Diabetes Gestacional: diagnosticado durante a gravidez
- Diabetes Pré-gestacional: diabetes prévio à gravidez: tipo 1, 2 ou outros.

Diabetes mellitus Gestacional (DMG): alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, diagnosticada pela primeira vez ou iniciada durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; WHO, 2006 in Ministério da Saúde, 2012). É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações (BRASILa, 2012)

No Brasil, cerca de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional, sendo que a obesidade, especialmente a visceral, é um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento do diabetes. (SBD, 2014)

Fatores de risco para o desenvolvimento do DMG : idade materna de 35 anos ou mais; sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; deposição central excessiva de gordura corporal; história familiar de diabetes em parente de primeiro grau; crescimento fetal excessivo, polidrâmnio; hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia ou DMG; síndrome de ovários policísticos; baixa estatura (menos de 1,5m). (SBD, 2014)

Diagnóstico

O rastreamento para DMG deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal (BRASILa, 2012), independente de histórico prévio de diabetes. (SBD, 2014):

Caso o valor encontrado da glicemia de jejum, realizada no primeiro trimestre da gestação, seja ≥ 126 mg/dl, diagnostica-se diabetes mellitus pré-gestacional.

Caso glicemia de jejum seja ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl, diagnostica-se DMG.

Em ambos os casos, deve ser confirmado o resultado com uma segunda dosagem da glicemia de jejum. (SBD, 2014)

Duas glicemias plasmáticas de jejum > 126 mg/dl confirmam o diagnóstico, sem o teste oral de tolerância à glicose (TOTG).(BRASILb, 2012).

As “Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014” recomendam a investigação de DMG em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes, por meio do TOTG

entre a 24ª e 28 semanas de gestação, antecedido por dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão de 150 g de carboidratos nos três dias anteriores ao teste, com jejum de 8 horas, com a seguinte interpretação de resultados: QUADRO 3 – Diagnóstico de DMG com TOTG com ingestão de 75g de glicose

	OMS ¹	NIH/2012*	INTERNATIONAL ASSOCIATION OF THE DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS** (IADPSG, 2010) DA/2011 SBD/2011
Jejum	–	95 mg/dl	92 mg/dl
1 hora	–	180 mg/dl	180 mg/dl
2 horas	140 mg/dl	155 mg/dl	153 mg/dl

* Dois valores alterados confirmam o diagnóstico.

** Um valor alterado já confirma o diagnóstico.

OMS: Organização Mundial de Saúde; NIH: National Institute of Health/USA; ADA: American Diabetes Association; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes

Atribuição da Atenção Primária à Saúde na atenção à mulher com Diabetes Mellitus pré-existente ou com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

As equipes da APS devem estar atentas para identificação das mulheres diabéticas que planejam engravidar, visando à compensação metabólica, pré-concepção, assim como a avaliação da presença de complicações crônicas da doença e orientação especializada, com a finalidade de prevenção de malformações fetais, incluindo, ainda, o uso rotineiro de ácido fólico. (BRASILb, 2012)

É importante que essas mulheres engravidem com níveis glicêmicos adequados, com o objetivo de prevenir as malformações fetais associados à hiperglicemia periconcepcional, bem como as demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez, sendo que as mulheres diabéticas com nefropatia ou vasculopatia devem ser orientadas a não engravidar. (BRASILb, 2012)

Recomenda-se realizar acompanhamento do estado nutricional e ganho ponderal da gestante, por meio de curvas de IMC específicos para esta população, incluindo orientações sobre alimentação equilibrada, com a finalidade de redução da morbimortalidade materno-infantil.

Na Rede de Atenção Materno Infantil do Paraná, recomenda-se a realização do exame de Dosagem de Glicose, para gestante de risco habitual, no primeiro e terceiro trimestres de gestação.

Para as gestantes estratificadas como de risco intermediário ou alto risco, a Dosagem de Glicose deve ser realiza-

da a cada trimestre de gestação, e Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g, a critério médico.

Toda gestante com diagnóstico confirmado de Diabetes deve ser encaminhada para realização de pré-natal e parto em serviço de referência para gestação de alto risco. No entanto, a equipe da APS deve manter acompanhamento na UBS de origem, objetivando maior controle e aderência aos tratamentos preconizados pela equipe do ambulatório de alto risco, bem como para as demais orientações em saúde.

A maioria das gestantes com DMG responde bem somente à dieta e aos exercícios físicos. Portanto, a equipe da APS deve orientar e incentivar a gestante, principalmente as sedentárias, a iniciar um programa de caminhadas regulares. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente devem ser incentivadas a mantê-los, evitando os de alto impacto. (BRASILb, 2012)

Orientação Dietética

- O valor calórico total prescrito deve ter 40% a 45% de carboidratos (exceto os de absorção rápida), 15% a 20% de proteínas e 30% a 40% de gorduras sais minerais e vitaminas, em quantidades adequadas. (SBD, 2014),
- A quantidade de quilocalorias deve ser calculada utilizando o peso da gestante, por ocasião do ingresso ao pré-natal. Para cada quilo de peso se oferecem 30kcal por dia (com limites de 1.800 a 3.000), divididas em sétimos, pois a gestante deverá fracionar as calorias em cinco partes do dia. De rotina, oferece-se um sétimo a cada refeição pequena (café da manhã, lanche da tarde e ceia), e dois sétimos nas refeições maiores (almoço e jantar). (FEBRASGO, 2011).
 - o Exemplo: Gestante com 70 Kg. Multiplica por 30kcal = 2.100 kcal por dia. Divide por 7 = 300 Kcal por refeição. Então, multiplica 300 kcal por 2= 600 Kcal nas duas refeições maiores (almoço e jantar) e 300Kcal a cada refeição pequena (café da manhã, lanche da tarde e ceia).
- O cálculo do valor calórico total da dieta pode ser feito também de acordo com o Índice de Massa corporal (IMC) e visa a permitir ganho de peso em torno de 300 g a 400 g por semana, a partir do segundo trimestre de gravidez. (SBD, 2014)
- Adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e sucralose) podem ser utilizados com moderação. (SBD, 2014)

Alertar às gestantes em insulinoterapia sobre o risco de hipoglicemia, em especial durante a noite e madrugada,

e estabelecer medidas de prevenção. Orientar seus parceiros e familiares sobre como prestar os primeiros socorros nesta situação. (SBD, 2014). A gestante com sintomas de hipoglicemia deverá ser orientada a ingerir um copo de leite com açúcar e procurar a UBS mais próxima (BRASILb, 2012)

Reavaliar pacientes com DMG em 4 a 6 semanas após o parto para classificá-las como: DM, glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicemia. Na maioria dos casos, há reversão para a tolerância normal após a gravidez, porém há 10% a 63% de risco de desenvolver DM tipo 2, dentro de 5 a 16 anos após o parto. (SBD, 2014)

3.3 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sistêmica, decorrente de transmissão sexual ou materno-fetal, com evolução crônica, mas sujeita a surtos de agudização e períodos de latência clínica, de menor ou maior tempo de duração.

A sífilis pode ser classificada como adquirida ou congênita. Se o tempo de evolução da doença é inferior a um ano, trata-se de sífilis adquirida recente (primária, secundária e latente recente) e, se superior a dois anos, sífilis adquirida tardia (latente tardia e terciária). Por sua vez, a sífilis congênita classifica-se em recente (diagnóstico até o 2º ano de vida) e tardia (diagnóstico após o 2º ano de vida) (BRASILb, 2006)

A mulher com vida sexual ativa tem probabilidade de infectar-se ou reinfectar-se, com o *treponema*, a qualquer momento e, assim, transmitir a doença, quando gestante, para o seu filho. As medidas de controle devem, portanto, abranger outros momentos antes da gravidez como consulta para planejamento reprodutivo, prevenção do câncer, etc., na gestação e na admissão à maternidade, seja para a realização do parto, para curetagem por abortamento ou qualquer intercorrência. (BRASILb, 2006)

Quadro Clínico

• Sífilis Primária ou Cancro Duro:

O cancro duro caracteriza-se pela presença de lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, pouco dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21 dias), após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. (BRASILb, 2006)

• Sífilis Secundária:

Caracteriza-se pela presença de lesões cutâneo-mucosas, de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro duro. As lesões são geralmente acompanhadas de poliadenopatia generalizada e, ocasionalmente, há artralgia, febrícula, cefaléia e adinamia. Mais raramente, observa-se comprometimento

mento hepático e ocular, como uveíte. Dentre essas lesões, são comuns (BRASILb, 2006):

- ⇒ Manchas eritematosas (roséolas), de aparecimento precoce, podendo formar exantema morbiliforme;
- ⇒ Pápulas de coloração eritemato-acastanhada, lisas a princípio e, posteriormente, escamosas, conhecidas como sífilides papulosas. A localização dessas lesões nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis secundária;
- ⇒ Alopecia, mais observada no couro cabeludo e nas porções distais das sobrancelhas;
- ⇒ Lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas;
- ⇒ Lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito (condiloma plano).

• **Sífilis Latente (Recente e Tardia):**

É a forma da sífilis adquirida na qual não se observa sinais e sintomas clínicos e, portanto, tem o seu diagnóstico feito apenas por meio de testes sorológicos. (BRASILb, 2006)

• **Sífilis Terciária**

Os sinais e sintomas geralmente aparecem de 3 a 12 anos ou mais após o início da infecção, principalmente por lesões cutâneo-mucosas, alterações neurológicas, cardiovasculares e osteo-articulares. (BRASILb, 2006)

Não se observa, usualmente, treponemas nas lesões da fase terciária e as sorologias apresentam, usualmente, títulos baixos.

• **Sífilis Congênita**

- Recente (diagnóstico até o 2º ano de vida): os principais sinais são baixo peso, prematuridade, choro ao manuseio, coriza sanguinolenta, obstrução nasal, hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia severa, edema, osteíte ou osteocondite, pseudoparalisia de membros, pneumonia, fissura peribucal, pêfigo palmo-plantar, condiloma plano e outras alterações cutâneas. (CURITIBA, 2004)
- Tardia (diagnóstico após o 2º ano de vida): nariz em sela, dentes de Hutchinson (incisivos superiores deformados), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, tibia em lâmina de sabre, surdez neurológica e déficit na aprendizagem. (CURITIBA, 2004)

Diagnóstico e Tratamento

- Testes treponêmicos: testes sensíveis e específicos, utilizados para screening e confirmação de infecção treponêmica. Podem permanecer detectáveis indefinidamente, podendo significar uma infecção

tratada anteriormente; neste caso, o teste não treponêmico pode confirmar uma re-infecção. As técnicas para pesquisa de anticorpos contra o treponema podem ser: quimioluminescência (CMIA), imunofluorescência indireta (FTA-Abs), ensaio imunoenzimático (Elisa ou EIE), aglutinação passiva TPHA ou (MHA-TP), western blot e imunocromatografia.

Além destes testes séricos, o teste rápido para sífilis é treponêmico e detecta anticorpos específicos por imunocromatografia.

- Teste não-treponêmicos: Utilizados para triagem e monitoramento da infecção (quantitativo), tendem a negatização após o tratamento e, por isso, são utilizados no seguimento após tratamento. As técnicas são: VDRL e RPR. Estes testes podem ser falso negativo e falso positivo, devendo ser confirmados com um teste treponêmico (BRASILb, 2012)

***** IMPORTANTE:**
 EM GESTANTE COM HISTÓRIA PRÉVIA DE SÍFILIS, TRATADA OU NÃO, NÃO É RECOMENDADA OU NECESSÁRIA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS, POIS O MESMO CERTAMENTE SERÁ POSITIVO. NESTE CASO, RECOMENDA-SE REALIZAR VDRL QUANTITATIVO PARA AVALIAR A NECESSIDADE OU NÃO DE TRATAMENTO.

QUADRO 4 – Tratamento da Sífilis Adquirida

Sífilis Primária (cancro duro)	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI, em cada glúteo). Dose total 2.400.000 UI.
Sífilis Recente ou menos de um ano (secundária e latente)	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular, (1,2 milhão UI, em cada glúteo). Repetir após 01 semana. Dose total 4.800.000 UI.
Sífilis Tardia (latente e terciária) ou com duração ignorada	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.2 milhão UI, em cada glúteo).
Gestante com HIV, em qualquer fase clínica da sífilis	Repetir semanalmente, até completar 03 semanas. Dose total 7.200.000 UI.

Fonte: (BRASILb, 2006)

Ações a serem desenvolvidas na APS para prevenção da Sífilis na população feminina

- Informar a população sobre as DST's, incluindo a infecção por HIV/AIDS.
- Aconselhar e testar para sífilis (VDRL), as mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.
- Aconselhar e testar para sífilis, e para o HIV (com o seu consentimento), as mulheres que manifestem intenção de engravidar (o planejamento reprodutivo é o momento oportuno para essa ação).
- Realizar tratamento adequado e imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.
- Notificar a Vigilância Epidemiológica do município, todas as gestantes ou parturientes com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico confirmatório, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem.
- Orientar as mulheres sobre a transmissão da sífilis tanto por contato com lesões ulceradas genitais quanto com lesões ulceradas orais.

Orientações para o seguimento da Sífilis Adquirida antes da gestação (BRASILb, 2006):

- Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum*, adquirido por meio da transmissão sexual, para que mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras, sendo que se recomenda o uso regular do preservativo (masculino e feminino), durante e após o tratamento.
- Realizar controle de cura trimestral, por meio do VDRL, durante o primeiro ano (seguimento sorológico quantitativo de 03 em 03 meses, para detectar falhas terapêuticas e reinfecções). Testes treponêmicos não são indicados para seguimento.
- Orientar os indivíduos com sífilis e seu(s) parceiro(s) sobre a importância de não se candidatar à doação de sangue e órgãos.

3.3.1 Sífilis na Gestação

A sífilis é um agravo de notificação compulsória, considerado como indicador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal. (BRASILa, 2012) A medida de controle da sífilis congênita, mais efetiva, consiste em oferecer a toda gestante uma atenção pré-natal adequada, por se tratar de uma das doenças de mais fácil prevenção, basta que a gestante infectada seja detectada e, prontamente, tratada, assim como seu (s) parceiro (s) sexual (is). (BRASILb, 2006)

Destaca-se que a transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em 70% a 100% dos casos, nas fases primária e secundária da doença, em mulheres não tratadas. As manifestações clínicas variam desde o abortamento espontâneo à morte perinatal, apresentando elevada mortalidade, podendo chegar a 40% das crianças infectadas. (BRASIL, 2014)

Etiopatogenia da Transmissão Vertical da Sífilis

O *treponema pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária atingindo o feto. A infecção do feto pode ocorrer em qualquer fase da gestação. O risco de transmissão ao feto varia de acordo com o estágio da doença na gestante. Assim, a taxa de transmissão vertical da sífilis é de (BRASILb, 2006):

- 70 a 100%, na fase primária e secundária da doença (elevada carga treponêmica circulante), em mulheres não tratadas.
- 30%, na fase latente (recente e tardia) ou terciária (reduzida carga treponêmica circulante, devido à resposta imunológica).

O desfecho da infecção treponêmica na gestação pode ser a prematuridade, abortamento espontâneo, óbito fetal (em até 40% dos casos de sífilis congênita); recém-nascidos sintomáticos (com as manifestações clássicas) e recém-nascidos assintomáticos. A ausência de sinais clínicos em recém-nascidos é freqüente, mas se essas crianças não forem tratadas, apresentarão as manifestações tardias da doença, muitas vezes irreversíveis. (BRASILb, 2006)

Quadro Clínico, Diagnóstico e Tratamento na Gestação

O quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da sífilis na gestação não diferem do período não gestacional.

Ressalta-se que, em caso de interrupção do tratamento, este deve ser reiniciado, com 7.200.000UI. (CURITIBA, 2004)

Os Quadros 5, 6 e 7, resumem a abordagem clínica (diagnóstico e tratamento), a partir do teste de diagnóstico eleito pelo gestor, preferencialmente teste treponêmico (teste rápido ou teste treponêmico sérico) ou, na impossibilidade deste, teste não treponêmico (VDRL).

QUADRO 5 – Interpretação de Resultados de Triagens realizadas a partir do Teste Rápido ou de Teste Treponêmico Sérico, em gestante SEM histórico prévio de sífilis

INTERPRETAÇÃO	Teste Rápido* ou Teste Treponêmico sérico*	Teste não Treponêmico (VDRL**)	Tratamento	Monitoramento
Sífilis	Reagente	Reagente	Tratar conforme Quadro 4 exceto se tratamento anterior adequado e documentado.	VDRL Mensal
	Reagente	Não reagente***		VDRL Mensal
Exame normal	Não reagente	Desnecessário	Não tratar	VDRL Trimestral

* A triagem a partir do teste rápido ou do teste treponêmico sérico deve ser realizada somente para gestantes SEM história anterior de sífilis.

** Realizar VDRL quantitativo para seguimento pós tratamento.

*** Solicitar exame confirmatório com teste treponêmico sérico, em laboratório de referência.

QUADRO 6 – Interpretação de Resultados em gestante COM histórico prévio de sífilis

INTERPRETAÇÃO	Teste Rápido ou Teste Treponêmico sérico*	Teste não treponêmico (VDRL**)	Tratamento	Monitoramento
Sífilis	Desnecessário	Reagente	Tratar conforme Quadro 4	VDRL Mensal
Sem doença ativa	Desnecessário	Não reagente	Não tratar.	VDRL Mensal

* A triagem a partir do teste rápido ou do teste treponêmico sérico deve ser realizada somente para gestantes SEM história anterior de sífilis.

** Realizar VDRL quantitativo para seguimento pós tratamento.

QUADRO 7 – Interpretação de Resultados de triagens realizadas a partir do VDRL.

INTERPRETAÇÃO	VDRL (teste não treponêmico)	Teste Treponêmico	Tratamento	Monitoramento
Sífilis	Reagente	Reagente	Tratar conforme Quadro 4 exceto se tratamento anterior adequado e documentado.	VDRL Mensal (ver seguimento)
	Não reagente*	Reagente		
Falso positivo (Não é sífilis)	Reagente	Não reagente	Não tratar	VDRL Trimestral
Exame normal	Não reagente	Não reagente		

* VDRL não reagente pode significar falso negativo, portanto, para municípios que não dispõem do teste rápido, o ideal é realizar como triagem outro teste treponêmico, mesmo para gestante com VDRL não reagente.

OBSERVAÇÕES

- Alergia à Penicilina é um evento muito raro, mas potencialmente grave. O diagnóstico de alergia deve ser avaliado pela história clínica, o que evitará a realização de testes de sensibilidade, que deverão ser realizados em unidades de referência. (BRASILb, 2006)
- No caso de alergia à penicilina confirmada ou suspeita, pode-se optar por uso de medicamentos alternativos ou dessensibilização.
- Dessensibilização: Não há garantia de que outras drogas consigam tratar adequadamente, assim pode-se optar por dessensibilização, com administração oral de doses progressivas de penicilina, sempre em ambiente hospitalar. (JAMES, 2002) Esse procedimento não deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde, pois podem ocorrer

reações que necessitam de intervenções imediatas e de maior complexidade, não disponíveis nesse nível de atenção. A dessensibilização deve ser realizada em ambiente hospitalar. Havendo reação alérgica, o procedimento deve ser interrompido e deve ser instituído tratamento alternativo para sífilis. (BRASILb, 2006)

- Tratamento Alternativo: Nos casos onde não foi possível a dessensibilização, pode-se tratar com estearato de eritromicina, 500mg por via oral, a cada 06 horas, durante 15 dias (sífilis recente) ou por 30 dias (sífilis tardia). Exige estreita vigilância (seguimento a curto e longo prazo), pois a eficácia é menor e o feto não é considerado tratado e considera-se criança nascida com sífilis congênita. (BRASILb, 2012)

Seguimento

O controle com VDRL mensal deve ser realizado até o final da gestação, sendo que o declínio dos títulos é considerado resposta adequada ao tratamento. Novo tratamento é justificado se ocorrer elevação de títulos do VDRL de duas diluições em relação ao último exame de VDRL realizado, mesmo na ausência de sintomas. Neste caso, certificar-se do tratamento do parceiro. (CURITIBA, 2004)

Não é necessário a realização de sorologia para o(s) parceiro(s) sexual(is) de gestantes com sífilis. Recomenda-se a prescrição de Penicilina G Benzatina 7.200.000UI (03 séries de 2.400.000UI, com intervalo de 07 dias) para tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) de gestantes com sífilis. (CURITIBA, 2004)

Parceiro(s) não tratado(s) caracteriza(m) tratamento materno inadequado e o RN será considerado caso suspeito de sífilis congênita, com investigação, tratamento, e notificação da criança. (CURITIBA, 2004) A ausência da informação de tratamento do parceiro(s) sexual(is) deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita. (BRASIL, 2014)

Assim sendo, considera-se tratamento inadequado (BRASIL, 2014):

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença ou
- Tratamento instituído no prazo de até 30 dias antes do parto ou
- Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Na Rede de Atenção Materno-Infantil do Estado do Paraná, recomenda-se a realização de teste rápido para sífilis ou pesquisa laboratorial, no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação. Preconiza-se, ainda, a realização do teste rápido para sífilis na maternidade/hospital por ocasião do parto.

O tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis, e de seu(s) parceiro(s), deve ser iniciado prontamente, na atenção primária, conforme recomendações do Ministério da Saúde, constantes do Quadro 4 incluindo o agendamento da(s) dose(s) subsequente(s).

A penicilina deve ser administrada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico(a) ou farmacêutico(a), atendendo o disposto na Portaria nº 156/GM/MS de 19 de janeiro de 2006.

A gestante com sífilis deve ser encaminhada e vinculada a Hospital de Referência para Gestação de Alto Risco, devendo permanecer o acompanhamento concomitante na Atenção Primária.

A equipe da APS deve estar preparada para abordagem do(s) parceiro(s) sexual(is) da gestante, com a finalidade de verificar se foi realizado tratamento concomitante do parceiro e se o mesmo foi adequado. (CURITIBA, 2004)

Tratar as intercorrências da terapêutica como a Reação de Jarish-Herxheimer (reação febril e exarcebação das lesões cutâneas), que ocorrem habitualmente pós tratamento da fase primária ou recente da sífilis (período de grande circulação de treponemas) e cujo quadro clínico involui, espontaneamente, em 12 a 48 horas e não justifica a interrupção do tratamento. (CURITIBA, 2004)

Cabe à equipe da APS, a notificação, à Vigilância Epidemiológica do município, de todas as gestantes ou parturientes (BRASILb, 2006), durante o pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, em caso de:

- evidência clínica de sífilis e/ou;
- testes rápido reagente ou outro teste treponêmico reagente e/ou*;
- teste não treponêmico reagente (com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico confirmatório)

*Não é necessário notificar gestante com teste treponêmico reagente, decorrente de sífilis tratada anteriormente, quando descartada reinfecção por exame de VDRL.

Os resultados dos exames, assim como o tratamento realizado para a gestante e o(s) parceiro(s) deve(m) ser registrados no prontuário e na Carteira da Gestante.

Ainda, orientar sexo seguro, por meio do uso de preservativo, durante e após o tratamento, evitando reinfecção.

3.4 HIV

O HIV, vírus causador da AIDS, pode estar presente no sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno, podendo ser transmitido por: (BRASIL, 2013)

- Sexo sem camisinha: vaginal, anal ou oral.
- Transmissão vertical: de mãe infectada para o filho
- Uso da mesma seringa ou agulha, contaminada, por mais de uma pessoa.
- Transfusão de sangue contaminado com o HIV.
- Instrumentos perfuro-cortantes, não esterilizados.

Com o planejamento e o acompanhamento adequados, é possível que a mulher tenha uma gestação com menor risco de transmissão vertical de quaisquer agravos. (BRASILa, 2012)

O diagnóstico da infecção por HIV deveria ser realizado antes da gestação, pois possibilitaria planejar a gravidez para um momento em que a infecção materna estivesse controlada. Recomenda-se a adoção de medidas precoces para redução da carga viral em níveis indetectáveis antes que a mulher engravide. (BRASILa, 2012)

Como nem sempre isso ocorre, o pré-natal é a oportunidade de diagnóstico da infecção e a testagem é obrigatória, a fim de promover o tratamento materno e prevenção da transmissão vertical, através do uso de antirretrovirais para atingir carga viral indetectável.

3.4.1 HIV na Gestação

A transmissão vertical acontece por passagem do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação, sendo que a maior parte dos casos (65%) ocorre durante o trabalho de parto e parto e os 35% restantes, habitualmente, ocorre intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação ou, ainda, por meio do aleitamento materno. (BRASIL, 2012)

Sem qualquer ação profilática o risco de transmissão vertical é de 25 a 30%. Se aplicadas todas as medidas preconizadas, a taxa de transmissão vertical é reduzida para níveis inferiores a 2%. (BRASIL, 2014) O aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão, que se renovam a cada exposição da criança ao peito, e este risco situa-se entre 7% e 22%. (BRASILb, 2012)

A patogênese da transmissão vertical do HIV relaciona-se a múltiplos fatores, entre eles: (BRASILb, 2012)

- Fatores virais: carga viral e genótipo viral.
- Fatores maternos: incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST e outras coinfeções, estado nutricional e tempo de uso de antirretrovirais na gestação.
- Fatores comportamentais: uso de drogas e prática

sexual desprotegida.

- Fatores obstétricos: duração da rotura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto.
- Fatores inerentes ao recém-nascido: prematuridade e baixo peso ao nascer.
- Fatores relacionados ao aleitamento materno

Notificação

A notificação de gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao vírus, tornou-se obrigatória no Brasil, a partir da publicação da Portaria nº 993, de 04/09/2000, integrando-se ao Sistema Nacional de Vigilância. (BRASIL, 2014)

Diagnóstico

No pré-natal é recomendada a testagem para HIV, que pode ser por meio de testes rápidos, e devem ser realizados no 1º, 2º e 3º trimestres, a fim de detectar, em tempo, casos de infecção na concepção e durante o curso da gestação.

A realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, no parto, com o uso de testes rápidos, possibilita a adoção de medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV durante o trabalho de parto e parto, uma vez que o resultado é obtido em menos de 30 minutos. O diagnóstico da infecção pelo HIV deve ser definido e informado à puérpera, antes da alta hospitalar (BRASILb, 2012).

• Diagnóstico com Testes Rápidos

Este teste determina o estado sorológico de forma rápida, pois fornece o resultado em tempo inferior a 30 minutos. Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra. Nestas situações, a gestante deve aguardar o resultado, que será liberado prontamente. Atualmente, o diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado mediante um a dois diferentes testes rápidos.

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV”. Neste caso, o diagnóstico da infecção é excluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional.

Destaca-se que o teste rápido (TR) tem a mesma sensibilidade da sorologia convencional. (FERREIRA, 2005)

Todavia, no caso de amostra com resultado não reagente, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias, pois a paciente pode estar em fase de janela imunológica, fase em que os anticorpos não são detectados.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o Imunoblot rápido também poderá ser utili-

zado como TR2. Amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terão seu resultado definido como: “Amostra Reagente para HIV”, sem a necessidade de nenhum teste adicional.

As amostras com resultados discordantes entre TR1 e TR2, deverão ser submetidas a um terceiro teste rápido. Se o terceiro teste rápido apresentar resultado negativo, a amostra será considerada “Negativa para HIV”. Nesse caso, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir o conjunto de procedimentos seqüenciados, para investigação de soroconversão. (BRASILb, 2006)

• **Diagnóstico com Teste convencional (BRASILa, 2012)**

O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2), em conformidade com os testes elencados nestas, como de triagem e de confirmação.

Diante de resultados reagentes, nos testes das etapas 1 e 2, o laboratório liberará o laudo como “Amostra Reagente para HIV” e solicitará a coleta de uma segunda amostra para a comprovação do resultado da primeira. Após a coleta, a segunda amostra deverá ser encaminhada ao laboratório o mais rapidamente possível e submetida somente à etapa 1. Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado deverá ser liberado como “Amostra Reagente para HIV”.

Testes específicos confirmatórios, como a detecção de múltiplos anticorpos específicos através da técnica de Western Blot, não são mais utilizados de rotina pela baixa sensibilidade. No caso de dois testes anti-HIV reagentes (tanto por teste rápido como por meio de sorologia convencional), a detecção do genoma viral por reação da polimerase em cadeia (carga viral HIV) está indicada. A mesma também deve ser monitorada para avaliar efetividade da terapia específica.

Neste caso, o diagnóstico estará definido e a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE), para realizar aconselhamento e ingressar no serviço.

QUADRO 8 – Interpretação de Resultados de Triagens realizadas a partir do Teste Rápido ou de Teste Sorológico para diagnóstico de HIV, em gestantes sem diagnóstico prévio.]

INTERPRETAÇÃO	Teste Rápido ou Sorologia anti-HIV	Carga viral HIV	Tratamento	Monitoramento
Infecção pelo HIV	Reagente em duas amostras, realizadas por metodologias diferentes	Quantificar o número de cópias de HIV/ml, com objetivo de carga viral indetectável após o início de terapia antirretroviral*	Iniciar terapia antirretroviral após a 12ª semana de gestação	Carga viral trimestral
Exame normal	Não reagente	Desnecessário de um modo geral**	Não tratar	Teste rápido ou Sorologia anti-HIV, trimestral

* Gestantes têm indicação de realizar teste de genotipagem, para detectar eventual vírus com mutações nos locais de ação dos medicamentos. Normalmente este teste é solicitado pela equipe de referência no tratamento de HIV

** Nas gestantes com anti HIV não reagente, e forte suspeita de infecção recente, em que os testes podem ser falso-negativos devido ao período de janela imunológica, deve-se realizar carga viral do HIV. Exemplos de situações com esta indicação: parceiro HIV+ com carga viral detectável, gestante com sintomas de síndrome retroviral aguda (adenomegalia, febre, exantema, linfocitose atípica).

Terapia antirretroviral na gestação

A terapia deve ser realizada da mesma forma que em pacientes não-gestantes, com 3 antirretrovirais, em geral sendo dois inibidores da transcriptase reversa nucleosídicos (ITRN) e um inibidor de protease (IP).

O Quadro 9 sintetiza os esquemas de tratamento mais utilizados em gestantes e seus efeitos colaterais. A adesão ao esquema com a posologia correta é fundamental para atingir o objetivo de redução da carga viral. A APS tem papel importante na garantia da adesão.

Em gestantes com HIV resistente aos antirretrovirais habituais, geralmente pacientes com uso prévio de esquemas TARV, são necessários esquemas terapêuticos especiais que serão indicados na consulta especializada.

QUADRO 9– Antirretrovirais para uso na Gestação

	Medicamento	Posologia	Eventos adversos mais relevantes
Inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos	Lamivudina + Zidovudina* (co-formulados) deve ser usado em combinação com um inibidor de protease	1 comprimido a cada 12 horas comprimido contém 300mg zidovudina e 150mg de lamivudina	Zidovudina pode comumente causar náuseas e, raramente, mielotoxicidade (anemia) e mialgias
	Lamivudina + Tenofovir (co-formulados) deve ser usado em combinação com um inibidor de protease	1 comprimido ao dia comprimido contém 300mg zidovudina e 300mg de lamivudina	Tenofovir pode, raramente, causar nefropatia e osteopatia
Inibidores de protease	Lopinavir/ritonavir* (co-formulados) deve ser usado em combinação com dois inibidores de transcriptase reversa	4 comprimidos ao dia ou 2 comprimidos a cada 12 horas comprimido contém 200mg lopinavir e 50mg ritonavir	Pode, comumente, causar náuseas e diarreia e, a longo prazo, hipertrigliceridemia
	Atazanavir e ritonavir (comprimidos separados) deve ser usado em combinação com dois inibidores de transcriptase reversa	atazanavir – 1 comprimido ao dia (300mg) e ritonavir – 1 comprimido ao dia (100mg)	Esta dose menor de ritonavir pode, eventualmente, causar diarreia e o atazanavir pode causar icterícia por aumento de bilirrubina indireta

* Esquema preconizado pelo protocolo nacional de terapia antirretroviral em gestantes de 2010.

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na investigação e acompanhamento da Gestante com HIV/AIDS

Recomenda-se o teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste e com consentimento, para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, e a repetição da sorologia para HIV no início do 3º trimestre, utilizando testes rápidos se necessário. (BRASILb, 2012).

Na Rede de Atenção Materno Infantil do Estado do Paraná, recomenda-se a triagem sorológica do vírus HIV, nos três trimestres de gestação e na internação para realização do parto, por meio do teste convencional (pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + anti-HIV-2 (ELISA) ou da realização do teste rápido.

A gestante HIV positiva ou com AIDS deve ser encaminhada ao ambulatório de gestação de alto risco e vinculada

a hospital de referência para gestação de alto risco para realização do parto, devendo permanecer em acompanhamento concomitante na Atenção Primária.

Em caso de sorologia reagente para o marcador de HIV na gestante, constituem as ações do médico da APS, antes do encaminhamento para o Serviço de Referência (Sbalqueiro, 2013):

- Avaliar a idade gestacional: a partir da 12ª semana de gestação, iniciar terapêutica antirretroviral, ainda na APS, concomitante ao encaminhamento para Serviço de Referência, conforme tabela de antirretrovirais,. (Quadro 9)
- Avaliar clínica ginecológica.
- Solicitar outros exames de DST que não tiverem sido solicitados: anti-HCV, HBsAg, anti-HBs, VDRL e teste treponêmico.
- Solicitar carga viral e CD4: a amostra deve ser encaminhada ao laboratório de referência, pactuado para o município; solicitação por APAC (anexos I e II).
- Realizar a aplicação da vacina para hepatite B (em gestante HBsAg negativo), após resultado de HbsAg.
- Notificar a vigilância epidemiológica municipal (HIV/AIDS é obrigatório notificar).
- Vincular a gestante para parto em hospital de referência para atendimento à gestante de alto risco.

O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão (de 7% a 22%), que se renova a cada exposição da criança ao seio materno (mamada) e, portanto, está contra-indicado. (BRASILa, 2012) Cabe aos profissionais da atenção primária dar esta orientação à gestante com HIV ou AIDS, durante o pré-natal, assim como para a puerpera.

A APS deve disponibilizar o teste rápido de HIV para as lactantes (mulheres que amamentam), durante toda a fase de amamentação, sendo que os profissionais de saúde devem informá-las sobre este exame, nesta fase, o qual deve ser realizado com periodicidade variável, conforme identificação de fatores de risco e plano individual de atendimento. Recomendar, ainda, o uso de preservativo, a todas às mulheres em período de amamentação.

O Ministério da Saúde fornece a fórmula infantil para alimentação de recém-nascidos de mães com HIV ou AIDS, distribuído por meio das Coordenações Municipais de DST/AIDS ou Regionais de Saúde.

Os profissionais de saúde da APS devem enfatizar, a toda gestante com HIV ou AIDS, em todas as consultas: a necessidade do uso de preservativos (mesmo em casais soropositivos); o impedimento de amamentar; e, ainda, reforçar a importância de aderência ao tratamento.

3.5 Hepatites Virais

As Hepatites Virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D. Existe, ainda, o vírus E, mais freqüente na África e na Ásia, que pode causar doença grave em 25% das gestantes infectadas. (BRASILb, 2012)

Entre as Hepatites Virais, serão tratadas neste Caderno, as Hepatites B e C, uma vez que há possibilidade de intervenção positiva em relação à gestante e ao recém-nascido na Hepatite B (BRASILb, 2012) e há necessidade de monitoramento nos portadores da Hepatite C, pois um quarto a um terço destes podem evoluir para formas histológicas graves ou cirrose, no período de 20 anos, caso não haja intervenção terapêutica. (BRASILa, 2009)

3.5.1 Hepatite B

Doença viral, transmitida por via sexual ou parenteral, causada pelo vírus da hepatite B (VHB), pertencente à família Hepnaviridae, que pode cursar de forma assintomática ou sintomática. As manifestações sintomáticas costumam ser: mal-estar, cefaléia, febre baixa, anorexia, astenia, fadiga, artalgia. Na fase crônica, o portador do VHB apresenta náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos. (BRASILb, 2012; BRASILa, 2009)

Transmissão

A principal via de transmissão é a sexual, seguida da vertical (de mãe para filho), dá-se pelo contato com sangue e fluidos corporais, por via parenteral ou percutânea. (BRASILa, 2009)

Importante ressaltar que os recém-nascidos de mães HBsAg e HBeAg reagentes, que adquiriram a infecção intra-útero ou no período perinatal, geralmente não apresentam sintomatologia clínica e evoluem com infecção crônica entre 85% a 95%. (BRASILb, 2008)

A prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, reduzindo sobremaneira a transmissão vertical. (BRASILb, 2012)

Imunização

O Programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra hepatite B para as gestantes que apresentam sorologia negativa para a Hepatite B e que perderam a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços.

A administração da vacina contra hepatite B pode ser aplicada somente após o primeiro trimestre de gestação (contra-indicada no primeiro trimestre). Essa estratégia contribui para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronicização (70% a 90%), quando ocorre a

contaminação em idade precoce. (BRASILb, 2009)

A vacina para gestantes, independente da faixa etária, encontra-se disponível nas salas de vacinas das Unidades Básicas de Saúde, devendo ser aplicada a vacina se HBsAg não reagente.

Monitoramento e Conduta do RN

- ⇒ Verificar se foi administrada no hospital a vacina para hepatite B. A vacina contra a Hepatite B deverá ser administrada universalmente para todos os recém-nascidos, independentemente da mãe ser portadora ou não do VHB. (BRASILa, 2012)
- ⇒ Nos casos de mãe HBsAg reagente, além de garantir a aplicação da 1ª dose da vacina para hepatite B, também a imunoglobulina específica contra a hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento. (BRASILa, 2012)
- ⇒ A primeira dose de vacina deve ser administrada simultaneamente com a imunoglobulina humana anti-hepatite B, mas em locais diferentes do corpo. (BRASILb, 2008)
- ⇒ Para o RN assintomático, completar as doses da vacina para hepatite B e, aos 09 e 15 meses, solicitar o anti-HbsAg. (BRASILa, 2012)
- ⇒ No caso de RN sintomático, encaminhar a criança ao serviço de referência. Verificar se o bebê está sendo levado às consultas do serviço de referência e às consultas de puericultura da UBS. (BRASILa, 2012)

Imunoglobulina Humana anti-hepatite B (IGHAHB) (BRASILa, 2012)

Além da prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B, a imunoglobulina humana anti-hepatite B está indicada para pessoas não vacinadas, após exposição ao vírus da hepatite B, nas seguintes situações (BRASILa, 2012):

- ⇒ Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por HBV, sem vacinação para hepatite B
- ⇒ Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B
- ⇒ Vítimas de abuso sexual
- ⇒ Imunodeprimidos, após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.

A IGHAHB encontra-se disponível no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e farmácias das Regionais de Saúde.

Interpretação de Resultados e Diagnóstico

QUADRO 10 – Interpretação dos marcadores sorológicos para a Hepatite B

Marcador	Significado
HBsAg	Sua presença por mais de 24 semanas é indicativa de hepatite crônica.
HBeAg	Na infecção crônica está presente enquanto ocorrer alta replicação viral.
Anti-HBe	Sua presença sugere redução ou ausência de replicação viral, exceto nas cepas com mutação pré-core (não produtoras da proteína “e”).

Fonte: Ministério da Saúde. *Hepatites Virais: O Brasil está atento*, 2008

TABELA 1 – Interpretação dos resultados sorológicos para a Hepatite B*

Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG**	Anti-HBe	Anti-HBs
Suscetível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase Aguda	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
Fase Aguda Final ou Hepatite Crônica	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)
	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)
	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)
Início fase convalescente	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)
Imunidade, infecção passada recente	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)
Imunidade, infecção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)
Imunidade, infecção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)**
Imunidade, resposta vacinal	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

NOTA: * Perfis sorológicos atípicos podem ser encontrados no curso da infecção pelo HBV, tais circunstâncias necessitam da avaliação de um especialista (hepatologista ou infectologista).

** O Ministério da Saúde utiliza o marcador anti-HBc total como teste de triagem.

*** Com o passar do tempo, o anti-HBs pode estar em níveis indetectáveis pelos testes sorológicos.

Fonte: Ministério da Saúde. *Hepatites Virais: O Brasil está atento*, 2008

Na atenção primária, o acompanhamento do portador do vírus HBV deve ocorrer na fase aguda e crônica do agravo. Deve ser realizado encaminhamento para Serviço Especializado de Referência, se houver necessidade de confirmação diagnóstica por biópsia hepática, acompanhamento de doença crônica ou tratamento, porém sem perder o vínculo com a atenção primária. (Brasila, 2008)

Em caso de HBsAg reagente na gestante, as ações do médico da APS, antes do encaminhamento para o Serviço de Referência, devem ser: (adaptado de Sbalqueiro, 2013)

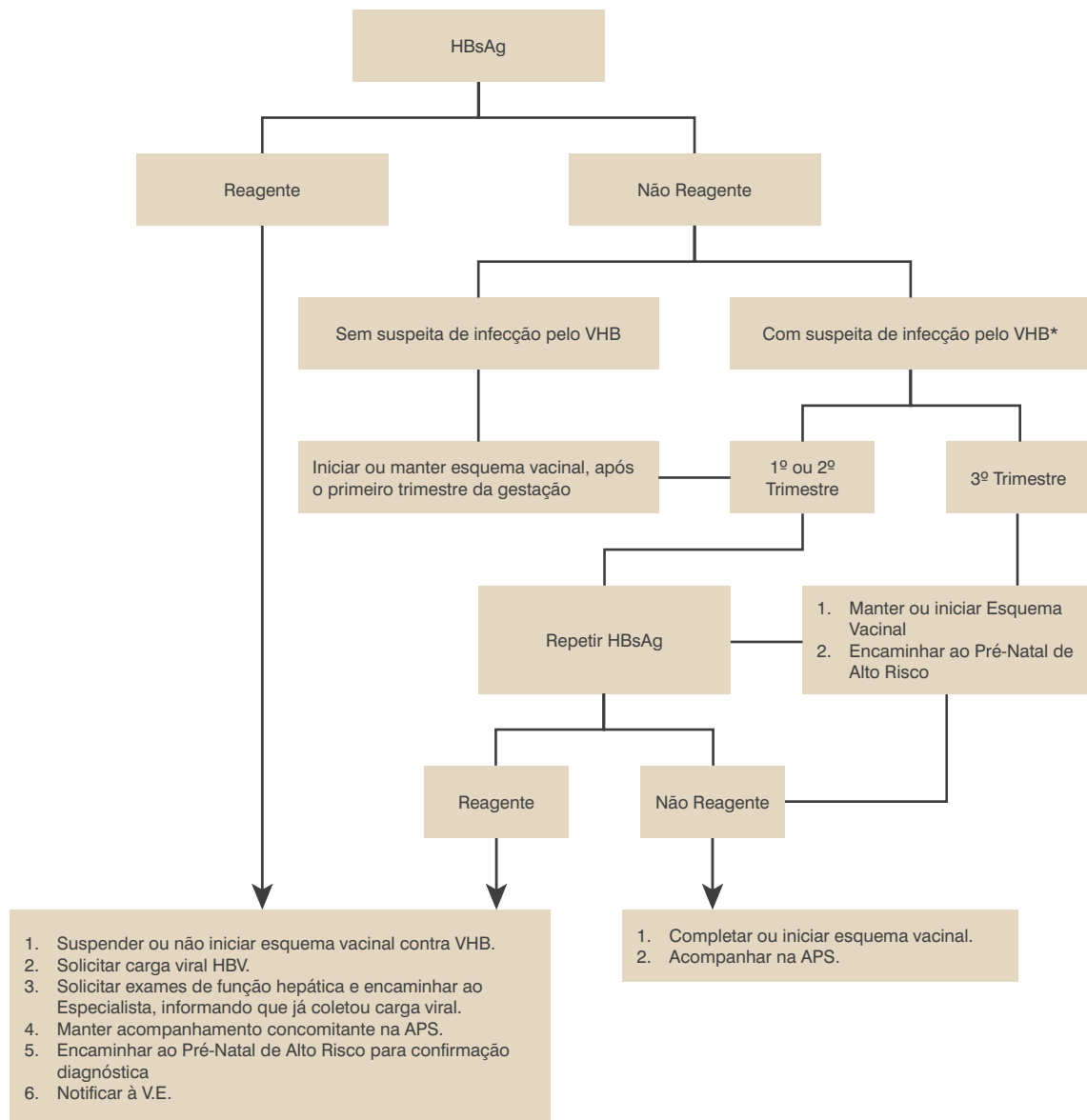
- Efetuar uma avaliação clínica minuciosa.
- Solicitar anti-HBs; HBeAg; Anti-HBe; Anti-HBc: IgM/ IgG.
- Solicitar carga viral da hepatite B (PCR quantitativo): o LACEN é o laboratório de referência para este exame, para todo o estado do Paraná; solicitação por meio de APAC (anexo III).
- Solicitar exames de função hepática: transaminases, LDH, bilirrubinas total e frações.
- Solicitar rotina de urina.
- Vincular a gestante para parto em hospital de referência para atendimento à gestante de alto risco.

Na Rede de Atenção Materno Infantil do Estado do Paraná, recomenda-se a triagem sorológica do vírus VHB, por meio da pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg), no primeiro trimestre/1ª consulta. A gestante com HBsAg reagente, deve ser encaminhada e vinculada à Hospital de Referência para Gestação de Alto Risco, devendo permanecer o acompanhamento concomitante na Atenção Primária (Figura 1).

Ressalta-se a importância do esquema vacinal às gestantes com o marcador HBsAg não reagente, após o primeiro trimestre de gestação. (BRASILb, 2009)

Atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) na investigação e acompanhamento do portador da Hepatite B

Figura 1: Fluxograma de triagem laboratorial da hepatite B e conduta no pré-natal.



Nota: * A suspeita de infecção inclui os sintomas clínicos mais freqüentes e/ou a possibilidade de contato recente com o HBV. Tal consideração se deve ao fato da presença de janela imunológica ou cepa mutante.

Fonte: Adaptado de Caderno de Atenção Básica. Manual de Pré-Natal: Risco Habitual, 2012

3.5.2 Hepatite C

Doença causada pelo vírus da hepatite C (VHC), constituído por RNA de fita simples, pertencente à família Flaviviridae, e que possui um invólucro protéico. (BRASILa, 2009)

Transmissão

A transmissão por via parenteral é a mais freqüente, por meio do sangue infectado, sendo a transmissão sexual e vertical pouco freqüente.

São consideradas populações de risco acrescido (BRASILa, 2009):

- Indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993.

- Usuários de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes, complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) ou “pipadas” (crack).
- Pessoas que compartilham ou utilizam instrumentos não esterilizados para aplicação de piercings, tatuagem, manicure e objetos para higiene pessoal (escovas de dentes, lâminas de barbear e de depilar, etc.).

Marcador Sorológico para a Hepatite C e Interpretação (Figura 2)

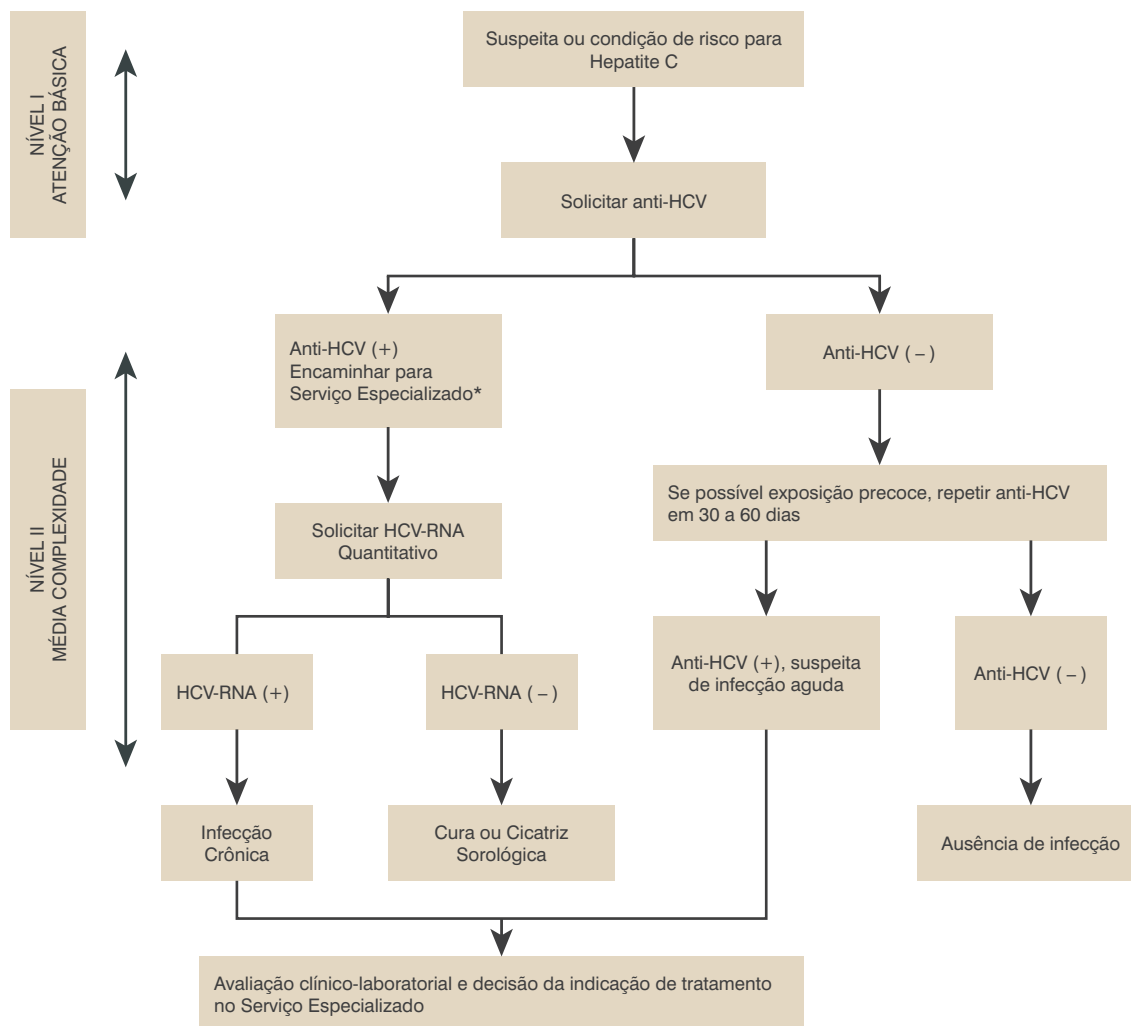
O Anti-HCV é o marcador que deve ser solicitado, a critério médico, na suspeita de infecção ou condição de risco acrescido para o vírus da hepatite C.

Fase Aguda: São considerados casos de hepatite C aguda aqueles em que o indivíduo apresentou mudança documentada no perfil sorológico (soroconversão), isto é, anti-HCV Não Reagente na primeira testagem e anti-HCV Reagente na

segunda, realizada após 90 dias (BRASILa, 2009):

- 1ª testagem: Anti-HCV = NÃO REAGENTE
- 2ª testagem: Anti-HCV* = REAGENTE

Figura 2 – Fluxograma de investigação laboratorial da Hepatite C



NOTA: * Notificar a ocorrência ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município.

FONTE: Ministério da Saúde. Hepatites Virais: O Brasil está atento, 2008.

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na investigação e acompanhamento do portador da Hepatite C

Em caso de gestante anti-HCV não reagente, cabe à atenção primária informá-la sobre os modos de transmissão e prevenção.

Na atenção primária, o acompanhamento do portador do vírus HCV deve ocorrer na fase aguda e crônica do agravo. Deve ser realizado encaminhamento para Serviço Especializado de Referência se houver necessidade de confirmação diagnóstica por biópsia hepática, acompanhamento de doença crônica ou tratamento, porém sem perder o vínculo com a atenção primária. (Brasil, 2008)

Em caso de anti-HCV reagente na gestante, as ações do médico da APS, antes do encaminhamento para o Serviço de Referência, devem ser:

- Efetuar uma avaliação clínica minuciosa.
- Solicitar exames de função hepática: transaminases, LDH, bilirrubinas total e frações.
- Solicitar rotina de urina.
- Vincular a gestante para parto em hospital de referência para atendimento à gestante de alto risco.

Na Rede de Atenção Materno Infantil do Estado do Paraná, recomenda-se a triagem sorológica do vírus VHC, por meio da pesquisa de anticorpo anti-vírus da hepatite C (anti-HCV), a critério médico.

A gestante com anti-HCV reagente, deve ser encaminhada e vinculada a Hospital de Referência para Gestação de Alto Risco, devendo permanecer o acompanhamento concomitante na Atenção Primária (Figura 2).

Apesar da transmissão vertical do HCV ser pouco frequente, mas tendo em vista que a cronificação ocorre em 70% a 85% dos casos e, em média, um quarto a um terço podem evoluir para formas histológicas graves ou cirrose, no período de vinte anos, caso não haja intervenção terapêutica (BRASILa, 2009), há necessidade de acompanhamento na Atenção Primária do binômio mãe e criança. Além disso, considera-se o Pré Natal um momento oportuno para triagem sorológica da gestante com condição de risco acrescido.

3.6 Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental. (BRASILa, 2012)

Epidemiologia

É infecção de distribuição mundial, com maior prevalência em países de clima

Tropical. (FEBRASGO, 2011)

Entre os anos de 2007 e 2013¹ foram notificados no SINAN 1.507 casos suspeitos de toxoplasmose na gestação (CID O98.6 e B58.9 gestante) assinalando a detecção do risco de transmissão vertical. Destes, 1.147 casos foram considerados confirmados, embora por critérios de confirmação distintos.

Transmissão

A transmissão se dá por ingestão materna de oocistos em alimentos contaminados (carnes mal passadas, vegetais) ou em locais onde eventualmente possa haver fezes de felinos (terra, areia), que são os únicos hospedeiros selvagens definitivos de *T. gondii*. (FEBRASGO, 2011)

A infecção fetal ocorre após a infecção placentária e o exato momento em que ocorre depende da idade gestacional e de outros fatores. O risco de infecção fetal está relacionado à idade gestacional, sendo maior no terceiro trimestre e período periparto (até 80%), porém o risco de lesões fetais

graves é maior nas infecções maternas precoces e o risco de manifestações clínicas, até os três primeiros anos de vida, é de 75% quando a soroconversão ocorre no primeiro trimestre. (FEBRASGO, 2011)

Diagnóstico

O diagnóstico materno baseia-se primeiramente na triagem sorológica para anticorpos IgM e IgG por meio do método Elisa (ensaio imunoenzimático). Existem outros métodos que podem ser empregados no diagnóstico de anticorpos, mas a sensibilidade e especificidade do teste ELISA são bastante elevadas, além de apresentar baixo custo. (FIGUEIRÓ-FILHO, 2007)

A sorologia para toxoplasmose deve ser solicitada no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG). Se a gestante for susceptível (IgM e IgG não reagentes), repetir a sorologia no início do 2º e 3º trimestres.

Em pacientes que apresentem resultado IgM e IgG positivos, deverá ser solicitado o teste de avididade para IgG, preferencialmente na mesma amostra. O resultado IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indicam que a doença é antiga, não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em gestantes com imunodeficiência).

Interpretação de resultado para gestantes com sorologia realizada até 16 semanas de gestação:

- Gestantes com IgM – e IgG +, em qualquer período gestacional, considerar infecção antiga, gestante imune.
- Gestantes com IgM + e IgG –, em qualquer período gestacional, pode significar infecção recente ou falso IgM +. Iniciar tratamento com Espiramicina e repetir sorologia em 03 semanas.
- Gestante com até 16 semanas, na coleta da primeira sorologia, e com resultado de IgM reagente e IgG reagente, deve ser realizado, imediatamente, o teste de avididade de IgG, na mesma amostra de soro (BRASILb, 2012):

- a) Na presença de baixa avididade ou avididade intermediária, pode-se estar diante de uma infecção aguda; a paciente deve ser chamada e o tratamento iniciado, o mais rápido possível, ainda na atenção primária, conforme recomendações vigentes da SESA – “Diretrizes Clínicas, Laboratoriais e Terapêuticas da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita”. A gestante deve ser encaminhada para ambulatório de gestação de alto risco para acompanhamento concomitante.
- b) Na presença de alta avididade, deve-se considerar

¹ A Toxoplasmose é de notificação compulsória no Paraná desde 2003 com o CID B58.9 “Toxoplasmose Não Especificada”. O campo “Gestante” foi inserido a partir do ano de 2007, quando então foi possível obter os dados de gestantes entre estes casos. (SinanNet/DVIEP/CEPI/SVS/SESA, 2014).

infecção antiga como diagnóstico, não há necessidade de tratamento nem de testes adicionais.

Interpretação de resultado para gestantes com sorologia realizada após 16 semanas de gestação:

Quando a primeira sorologia é realizada após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avidéz, para definição de tratamento da gestante, pois mesmo uma avidéz alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, perdendo seu poder discriminatório (BRASILb, 2012).

Neste caso, o tratamento deve ser iniciado, ainda na atenção primária, o mais rápido possível. A gestante deve ser encaminhada para ambulatório de gestação de alto risco para acompanhamento concomitante.

No entanto, do ponto de vista da atenção ao recém-nascido, é importante a realização do teste de avidéz, mesmo após a 16ª semana, uma vez que o seu resultado norteia a investigação e indicação de tratamento da toxoplasmose para o recém-nascido, conforme descrito nas “Diretrizes Clínicas, Laboratoriais e Terapêuticas da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita” vigentes, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Tratamento

O tratamento deve ser instituído, tão precoce possível, ainda na atenção primária, assim que houver comprovação laboratorial da Toxoplasmose adquirida na gestação, seguindo as “Diretrizes Clínicas, Laboratoriais e Terapêuticas da Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita” da SESA.

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na investigação e acompanhamento da gestante susceptível ou com Toxoplasmose

O papel da atenção primária à saúde na investigação e acompanhamento da gestante é identificar as gestantes susceptíveis, e com estas desenvolver ações de prevenção primária. Cabe à APS, ainda, o diagnóstico precoce, início oportuno de tratamento e acompanhamento das gestantes acometidas pelo parasita *Toxoplasma gondii*.

Na Rede Materno-Infantil do Estado do Paraná, recomenda-se a solicitação de sorologia para toxoplasmose no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG). Se a gestante for susceptível (IgM e IgG não reagentes), repetir a sorologia no início do 2º e 3º trimestres.

Em pacientes que apresentem resultado IgM e IgG positivos, deverá ser solicitado o teste de avidéz para IgG, preferencialmente na mesma amostra. O resultado IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indica que a doença é antiga, não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em gestantes com imuno-

deficiência).

As gestantes susceptíveis (IgM e IgG para Toxoplasmose não reagente) devem receber orientações sobre Prevenção Primária

- Lavar as mãos ao manipular alimentos.
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar.
- Evitar a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.).
- Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade.
- Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo.
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados.
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pazinha.
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça.
- Lavar bem as mãos após o contato com os animais. (BRASILa, 2012)

A gestante que apresentar infecção por Toxoplasmose, identificada por meio da pesquisa de anticorpos IgM reagente e IgG reagente ou viragem sorológica no 2º e 3º trimestres de gestação, deve ser encaminhada para Referência de Alto Risco da Rede Materno Infantil, devendo permanecer com acompanhamento concomitante na Atenção Primária à Saúde.

Na vigência do tratamento, a APS deve acompanhar mensalmente o hemograma, quando da utilização do esquema com SPAF e, se este estiver alterado, solicitar antecipação do retorno ao Ambulatório de Referência de Gestação de Alto Risco, se necessário.

3.7 Anemia

A anemia é definida durante a gestação para valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/dl, estando associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

O rastreamento deve ser oferecido a toda gestante o mais precocemente na vinculação do pré-natal e novamente com aproximadamente 28 semanas

As principais causas de anemia na gestação são

- Deficiência de ferro (principal causa);
- Deficiência de ácido fólico;
- Deficiência de vitamina B12;
- Hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemias);
- Perda sanguínea crônica (sangramentos gastrointestinais ocultos). (BRASILa, b, 2012)

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na atenção às gestantes com anemia ferropriva, anemia falciforme e talassemia

Na Rede Mãe Paranaense recomenda-se a realização de 01 exame de hematócrito e 01 exame de dosagem de hemoglobina para todas as gestantes de risco habitual, preferencialmente no primeiro trimestre e 02 exames de hematócrito e 02 dosagens de hemoglobina para as gestantes de alto risco e risco intermediário, no primeiro e terceiro trimestre.

Recomenda-se realizar, para todas as gestantes, a pesquisa de hemoglobinopatias, por meio da eletroforese de hemoglobina, preferencialmente no 1º trimestre (“Teste da Mãezinha”).

O profissional de saúde da atenção primária tem papel relevante de orientação e incentivo à gestante quanto ao consumo diário de alimentos de origem animal e vegetal, ricos em ferro (BRASILa, 2012):

- Alimentos de origem animal ricos em ferro: carnes

em geral, vísceras (fígado, coração, moela), entre outros;

- Alimentos de origem vegetal ricos em ferro: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (por exemplo: brócolis, couve, espinafre, rúcula e taioba), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, mangaba, açaí, entre outros.

As gestantes sem diagnóstico de anemia, por meio dos exames laboratoriais elencados, devem receber suplementação de ferro preventiva, a partir da 20ª semana de gestação, até o 3º mês pós-parto.

Também devem ser informadas de que as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil são enriquecidas com ferro e ácido fólico, para ajudar na prevenção e no controle da anemia. (BRASILa, 2012)

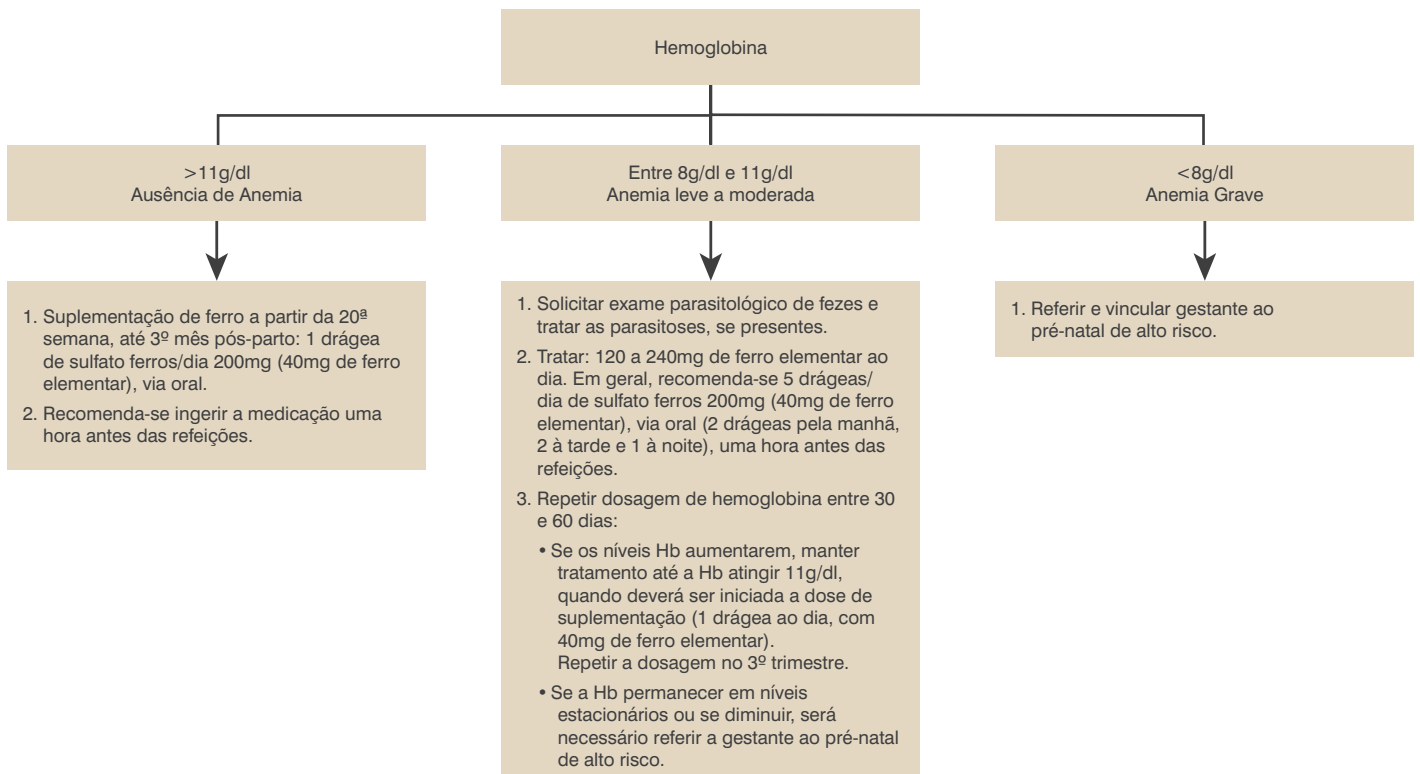
Assim sendo, recomenda-se uso de sulfato ferroso (1cp de 200mg de Fe = 40mg de Fe elementar), durante o período gestacional, conforme segue (BRASILa, 2012):

Forma Profilática: 01 a 02 comprimidos ao dia

Tratamento: 04 a 06 comprimidos ao dia

Observação: As gestantes com diagnóstico de anemia falciforme ou talassemia, não se recomenda uso rotineiro de sulfato ferroso. Nestes casos, as gestantes devem ser vinculadas para realização de pré-natal e parto em estabelecimentos de atenção à gestação de alto risco e a suplementação de ferro para estas pacientes deve ser criteriosamente indicada por médico especializado.

Figura 3 – Fluxograma de conduta conforme a hemoglobina da gestante



Fonte: Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Manual de Pré-Natal: Risco Habitual, 2012

3.7.1 Doença Falciforme

A doença falciforme é uma alteração genética hereditária causada por uma mutação do gene que produz a hemoglobina. Em vez da hemoglobina A, é produzida a hemoglobina S, que tem formato arredondado e assume uma forma de meia-lua ou foice, daí o nome “falciforme” (BRASILa, 2012).

Mulheres com doença falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto: bebê natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outras. (BRASILa, 2012)

A indicação para mulheres com doença falciforme é que o parto aconteça no oitavo mês, pois é alta a probabilidade de ocorrer calcificação da placenta no nono mês de gestação. (BRASILa, 2012).

Atribuição da Atenção Primária à Saúde na atenção à Doença Falciforme para gestantes

Caso haja alteração do “teste da mãezinha”, preferencialmente realizado no primeiro trimestre da gestação, caso haja alteração de resultado, a equipe de atenção primária deverá referenciar a gestante ao serviço de referência de alto risco, entretanto a gestante continuará a ser atendida, concomitantemente, pela equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde.

Como as infecções ocorrem em aproximadamente 50% das grávidas com doença falciforme, é importante que o profissional de saúde da APS, fique alerta com sinais de infecção, principalmente do trato urinário e sistema respiratório, uma vez que são os locais mais acometidos (BRASILb, 2012): .

Outra ação importante é avaliar o tamanho do baço, durante o exame físico no pré-natal, pois a esplenomegalia é comum, com possível ocorrência de seqüestro esplênico, com risco de vida para a mãe e para o feto. Nesses casos, o diagnóstico precoce do seqüestro é fundamental. Ao identificar alteração no tamanho do baço, referenciar imediatamente ao serviço de referência de alto risco (BRASILb, 2012): .

Reforçar a orientação à gestante com doença falciforme quanto à ingestão hídrica diária para evitar desidratação, bem como procurar atendimento médico imediato caso haja um dos sintomas: cefaléia, edema, escotomas, dor abdominal, cólicas e secreção vaginal mucosa, devido à alta frequência de toxemia e trabalho de parto prematuro (BRASILb, 2012): .

3.7.2 Talassemia

A Talassemia caracteriza-se pelo defeito na síntese da cadeia de globina, ocasionando anemia microcítica. As talassemias são classificadas de acordo com a cadeia de globina afetada, sendo as mais comuns a α -talassemia e a β -talasse-

mia. Indivíduos heterozigotos frequentemente são assintomáticos (BRASILb, 2012).

A alfa talassemia, pode estar presente em até 20% da população do país. A alta frequência e diversidade de portadores na população brasileira são devidas às diferenças na composição étnica das regiões e à grande miscigenação brasileira (BRASILb, 2012).

O curso das gestações em portadoras de alfa talassemia minor é semelhante ao de gestantes normais. Mesmo nas pacientes com doença da hemoglobina H, a gestação cursa de maneira favorável, ainda que haja anemia importante (BRASILb, 2012)

Durante a gestação os níveis de hemoglobinopatia devem ser mantidos em torno de 10g/dl. A suplementação de ferro rotineira deve ser evitada. Já o ácido fólico pode ser utilizado e parece ser útil para o aumento da hemoglobina periparto. Caso necessário, indica-se transfusão (BRASILb, 2012)

Atribuição da Atenção Primária à Saúde na atenção à Talassemia para gestantes

A pesquisa de hemoglobinopatia em gestantes, também conhecido como o “teste da mãezinha”, também permite identificar, além da Doença Falciforme, a Talassemia Major. Se alteração de resultado, a equipe de atenção primária deverá referenciar a gestante ao serviço de referência de alto risco

Embora a referida gestante seja de alto risco, ela continuará a ser atendida, concomitantemente, pela equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde.

3.8 Parasitoses Intestinais

O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo-peso ao nascimento e no parto pré-termo. (BRASILa, 2012)

Atribuição da Atenção Primária à Saúde na atenção às Parasitoses Intestinais

A APS tem papel muito importante quanto às orientações de medidas profiláticas às gestantes tais como:

- Educação sanitária,
- Higiene correta das mãos,
- Tratamento adequado da água, orientando a fervura para torná-la potável
- Tratamento adequado dos alimentos: vegetais, frutas, verduras, tubérculos e legumes, devem ser cuidadosamente lavados em água corrente e clorados, para eliminarem-se eventuais ovos e cistos de parasitas presentes no solo. A carne de

porco, a carne de vaca e, principalmente, linguiças devem ser cozidas e nunca ingeridas malpassadas.

- Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação, e tanto o diagnóstico como o tratamento deveriam ser realizados antes da gestação. (BRASIL^a, 2012)
- Se necessário realizar tratamento, o momento oportuno é o mais precoce possível, logo após as 16-20 semanas (QUADRO 11). (BRASIL^a, 2012)

QUADRO 11 – Medicamentos indicados no tratamento das parasitoses intestinais na gestante

Helminthíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por três dias seguidos
Esquistossomose	Oxaminique Praziquantel Ditioletona	Contraindicados: tratar no puerpério
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/Kg/dia, duas vezes ao dia, por dois dias seguidos
Himenolepiase	Praziquantel Niclosamida	Contraindicados: tratar no puerpério
Teníase	Mebendazol	200mg, duas vezes ao dia, por quatro dias seguidos
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por três dias seguidos
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por dez dias seguidos
Giardíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por sete dias seguidos

3.9 Infecção Urinária

A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo uretral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções. Os microorganismos envolvidos são aqueles que habitam a flora perineal, principalmente a Escherichia Coli, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos (como Enterobacter e

Proteus) respondem pela maioria dos outros casos, além do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais freqüente na gravidez, e as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites), ou ainda o trato superior (pielonefrite) (BRASILb, 2012).

3.9.1 Bacteriúria Assintomática

Condição clínica da mulher assintomática que apresenta urocultura positiva (com mais de 100 mil colônias/ml). Se não tratada, as mulheres poderão desenvolver sintomas e progressão para pielonefrite. Por isso, toda gestante com evidência de bacteriúria deve ser tratada.

O rastreamento da bacteriúria deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser realizado de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre de gravidez.

O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma, sendo semelhante ao tratamento da cistite.

3.9.2 Cistite aguda

Presença de sintomas, como disúria, polaciúria, nictúria, dor retropúbica, suprapúbica ou dor abdominal. Normalmente é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos.

A análise do sedimento urinário pode evidenciar leucocitúria (acima de 10 leucócitos / campo) e hematúria . A urocultura apresenta mais de 100 mil colônias/ ml.

Em geral o tratamento das grávidas com cistites é iniciado antes que o resultado da cultura esteja disponível. A escolha do antibiótico, como a bacteriúria assintomática, deve estar direcionada para cobertura de germes comuns e pode ser modificada, se não houver resposta terapêutica, após a identificação do agente e a determinação de sua susceptibilidade pela cultura e antibiograma.

Historicamente, o antibiótico de escolha tem sido a Ampicilina, mas nos últimos anos a E. coli tem se tornado cada vez mais resistente a este medicamento (cerca de 20% a 30%). Nitrofurantoína é uma boa escolha, mas não se recomenda seu uso após a 36ª semana e durante a lactação, pois há o risco de o recém-nato desenvolver anemia hemolítica se tiver deficiência de glicose-6 fosfato. A cefalexina e a amoxiciclina são outras opções

As possibilidades terapêuticas disponíveis para a gestante repousam, sobretudo, em antibióticos beta-lactâmicos, nitrofurantoína e fosfomicina. O curso de 7 a 10 dias é suficiente para erradicar a infecção. Pacientes grávidas tratadas por menos de 7 a 10 dias têm alta taxa de recorrência (BRASILb, 2012).

OBSERVAÇÃO: Sulfonamidas ou associação entre sulfametoxazol e trimetoprima (co-trimoxazol) devem ser evitadas no primeiro trimestre (potencialidade teratogênica da trimetoprima) e no terceiro trimestre (pois pode causar kernicterus no bebê, especialmente nos prematuros).

Outros antibióticos comuns, como quinolonas e tetraciclina, não devem ser prescritos na gravidez devido aos efeitos tóxicos no feto. Portanto, o tratamento na gravidez sofre uma redução significativa com relação às drogas potencialmente utilizáveis.

3.9.3 Pielonefrite

Pielonefrite aguda durante a gravidez é uma doença grave que pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal. As vias de infecção são ascendente, hematogênica ou linfática. Ocorre em 2% das grávidas e até 23% destas mulheres têm recorrência na mesma gravidez.

O diagnóstico é feito por bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, taquicardia, calafrios,

náuseas, vômitos e dor lombar, com sinal de Giordano positivo. De forma geral, é precedido por sintomas de infecção do trato urinário inferior. Na suspeita, encaminhe a gestante para avaliação hospitalar.

Iniciar o tratamento precoce, geralmente está indicada a hospitalização sempre que estiverem presentes sinais de sepse e desidratação. O tratamento geralmente é intravenoso na hospitalização. Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína (100mg/dia) até a 37ª ou a 38ª semana de gravidez (DUARTE, 2008).

Controle de Cura

Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar cultura de urina para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar erradicação da Bacteriúria. Se a urina for estéril e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

O quadro abaixo (QUADRO 12) sintetiza a abordagem da infecção urinária em gestantes:

QUADRO 12– Abordagem da infecção urinária na gestação

	Bacteriúria Assintomática	Cistite	Pielonefrite
Conceito	Presença de bactéria na urina sem sintomatologia específica	Disúria, polaciúria, urgência miccional, dor retropúbica, suprapúbica e abdominal, com menor frequência hematúria.	Piora do estado geral com febre, calafrios, cefaléia, áuseas, vômitos e hipersensibilidades do ângulo-costa vertebral (Giordano+).
Conduta	Cultura de urina no primeiro e terceiro trimestres da gravidez Controle de cura 7 dias – Cultura de urina Repetir mensalmente até o parto.	Cultura de urina no primeiro e terceiro trimestres da gravidez	Hospitalização. Solicitar hemograma, níveis séricos eletrólitos, creatinina e cultura de urina. Recomenda-se hidratação com soluções salinas.
Diagnóstico	Urocultura positiva com presença de mais de 100mil colônias bacterianas/ ml	Leucocitúria (> 10 leucócitos/campo) e hematúria são comuns, mais não são necessariamente presente.	Urocultura positiva . As bactérias mais frequentes são Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter e Proteus .
Tratamento	Longa duração: 7 a 10 dias Nitrofurantoína 100mg VO de 6/6horas Ampicilina 500mg VO de 6/6horas Amoxicilina 500mg VO de 8/8horas Cefalexina 500mg VO de 6/6horas		Cefalotina ou Cefazolina 1,0g IV de 6/6horas Ampicilina 1,0g IV de 6/6horas Terapia Oral: se a gestante permanecer afebril após 24 a 48 horas
Observação	Podem ser em regime de dose única, de curta duração ou longa duração. A escolha do método dependerá da avaliação clínica da gestante.		Em caso de resistência: Gentamicina e 5-7mg/kg dose única intramuscular e diária Dosagem da creatinina plasmática.

Recomendação: profilaxia com antibioicoterapia oral, uma vez ao dia durante a gravidez e até duas semanas após o parto, com Nitrofurantoína 100mg ou Amoxicilina 250mg ou Cefalexina 250mg.

Fonte: Brasília (2012).

Atribuição da Atenção Primária à Atenção Investigação, tratamento e acompanhamento da Gestante com Bacteriúria Assintomática ou Infecção Urinária.

COMPETE A US

- Realizar exame parcial de urina e urocultura para todas as gestantes cadastradas na Rede Mãe Paranaense com periodicidade trimestral;
- Investigar e monitorar todas as queixas do trato urinário;
- Descartar infecção genital associada a infecção urinária;
- Referenciar a gestante com três ou mais episódios de ITU ou após o segundo episódio de Pielonefrite para o Serviço de Referência de Alto Risco;
- Realizar busca ativa para gestante que estiver internada por ITU e Trabalho Parto Prematuro;
- Monitorar gestante com história de doença do trato urinário e Trabalho de parto Prematuro.

COMPETE AO HOSPITAL

- No internamento observar se a rotina de investigação de ITU foi realizada na UBS;
- Colher urina para parcial, cultura e antibiograma antes do procedimento obstétrico, sempre que possível;
- Iniciar o tratamento imediatamente sempre que houver sintomatologia, independente do resultado de exames;
- Verificar se houve investigação pela UBS da presença de Estreptococco do grupo B de Lancefield em colo uterino, vulva e perianal, principalmente se há indicação de parto vaginal (caso não haja condição, verificar se há presença na cultura de urina).
- Caso haja colonização pelo estreptococco do grupo B, realizar profilaxia da sepse neonatal segundo o protocolo da Rede Mãe Paranaense.

Referências

1. BRASILa. Ministério da Saúde. Fiocruz. Instituto de Tecnologia em Fármacos. Memento Terapêutico. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006. 302 p.
2. BRASILa. Ministério da Saúde. Hepatites Virais: O BRASIL ESTÁ ATENTO. Série B. Textos Básicos de Saúde. 3ªed. Brasília, 2008. 320 p.
3. BRASILa. Ministério da Saúde. A B C D E DO DIAGNÓSTICO PARA AS HEPATITES VIRAIS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2009. 24 p.
4. BRASILb. Ministério da Saúde. Nota Técnica referente à vacinação de gestantes contra hepatite B na rede do SUS. Nota Técnica nº 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS. Brasília, 2009.
5. BRASILb. Ministério da Saúde. Material Instrucional para capacitação em vigilância epidemiológica das Hepatites Virais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. 115 p.
6. BRASILa. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica nº 32. Brasília, 2012. 320 p.
7. BRASILb. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5ª ed. Brasília, 2012. 301 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. DST-AIDS. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br> > Acesso em 08 abril 2013.
9. BRASILb. Ministério da Saúde. HIV/AIDS, Hepatites e Outras DST. Caderno de Atenção Básica nº 18. Brasília, 2006. 196 p.
10. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Mãe Curitibana. Curitiba; 2004.
11. DUARTE, Geraldo et al. Infecção urinária na gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [S.l.], v. 30, n.2, p. 93-100, mar. 2008.
12. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Gestação de Alto Risco, 2011. 220 p.
13. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação: Diabetes e Hipertensão na Gravidez, 2004. 99 p.
14. FERREIRA Jr, OC; ET AL. Evaluation of rapid tests for anti-HIV detection in Brazil. HIV Rapid Test Study Group (suppl 4): S70–S75), 2005.
14. FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; Junior C. N.; Celso; Almeida, G. B. et al. Toxoplasmose aguda: revisão de métodos diagnósticos baseada em evidências e proposta de protocolo de seguimento durante a gestação. *Femina*;35(11):723-729, nov. 2007.
15. HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. Rede Mãe Paranaense -Relato de experiência. Espaço para a Saúde. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18347> > 19 set. 2014.
15. JAMES. R. Johnson. Clinical Infectious Diseases. Practical Aspects of Choosing Antibiotic Therapy for Patients with a Reported Antibiotic Allergy. Jul 1;35(1):26-31, 2002.
16. MITSUKA-BREGANÓ, R; LOPES-MORI, F.M.R.; NAVARRO, I.T. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita. Vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas. Eduel, 2010. 62 p.
17. MONTOYA JG, REMINGTON JS. Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. Clin Infect Dis. 2008; Aug 15; 47(4):554-66.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2014/56517/_p_estrategias_para Eliminacao_da_transmissao_ver_34975.pdf > Acesso em 24 março 2015.
22. SBALQUEIRO, R; I Encontro Rede Mãe Paranaense. Curitiba; 2012. Palestra: Gestante com HIV, Toxoplasmose e Hepatite B na APS.
23. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2014/56517/_p_estrategias_para Eliminacao_da_transmissao_ver_34975.pdf.
24. SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. AC Farmacêutica: São Paulo, 2014.
25. WHO IN BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, 2011.

APÊNDICE I

(GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA)

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência deve ser abordada como um problema da saúde pública no Brasil, onde se destaca a baixa escolaridade das adolescentes grávidas, o início tardio de pré-natal e a necessidade de ampliar as discussões sobre sexualidade e contracepção como caráter de promoção da saúde e a importância das ações intersectoriais voltadas para o adolescente.

- **Diagnóstico e Assistência**

Na assistência à adolescente gestante, o diagnóstico precoce é essencial para a avaliação e o controle permanente do risco desde o início da gestação.

As alterações fisiológicas normais desta faixa etária, com os ciclos menstruais irregulares nos dois anos pós-menarca, e a falta de conhecimento do funcionamento do próprio corpo dificultam o diagnóstico precoce da gestação. O início do pré-natal no primeiro trimestre minimiza os riscos obstétricos.

O ingresso tardio no pré-natal é frequentemente citado como sendo um dos principais fatores associados ao prognóstico materno e perinatal.

A anamnese é parte importante no diagnóstico precoce de gestação na adolescência, por investigar o comportamento sexual e o grau do risco gestacional. Podem-se dividir os sinais e sintomas da gravidez em:

- presunção: alterações de ordem geral. Em função do estado gravídico, podem ser encontradas manifestações neurovegetativas, como náuseas, vômitos, sialorréia, vertigem, polaciúria, nictúria, alterações pigmentares,

- pigmentação acentuada da aréola mamária, aumento de volume abdominal.

- probabilidade: alterações associadas ao aparelho genital, fruto principalmente da embebição gravídica local, e parte principal do diagnóstico clínico. São eles amenorréia, distúrbios menstruais, aumento do volume e modificações na forma do útero, sinais mamários como mastodínia, aumento de volume e da vascularização.

- certeza: identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (beta HCG) no sangue, que se pode positivar em torno de 15 dias após a nidação. Este é mais sensível que o teste imunológico realizado na urina, após 10 a 14 dias de atraso menstrual. Com a ultrassonografia (USG) pélvica, pode-se diagnosticar o saco gestacional na quinta semana de gestação. A imagem do embrião aparecerá entre a sétima e a oitava semana, junto com os batimentos cardíacos fetais. Através da USG transvaginal, o saco gestacional pode ser identificado com 32 dias de gestação e o embrião, entre a

quinta e a sexta semana.

O exame clínico através do toque bimanual pode mostrar indícios da gestação antes mesmo de completado o segundo mês. O diagnóstico de certeza só pode ser firmado com a ausculta dos batimentos cardíofetais pelo sonar Doppler por volta da décima semana.

Ao confirmar a gravidez e determinar a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e dar o apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos.

- **Pré-natal**

Deve-se considerar de modo especial e integral a preparação para o parto e para a maternidade desde a primeira consulta pré-natal.

A assistência pré-natal deve ser realizada por profissionais qualificados, capazes de estabelecer um vínculo com a gestante, para que ela entenda a necessidade de realização dos exames, do comparecimento às consultas e, em última instância, o pré-natal deve começar o mais cedo possível para que as medidas profiláticas tenham eficácia.

O exame físico geral e o especializado podem detectar doenças subclínicas não diagnosticadas previamente possibilitando tratamento oportuno e prevenindo complicações.

Muitas vezes este é primeiro contato com um serviço de saúde. Deve-se encarar esta situação como uma oportunidade de atenção integral à adolescente; além das orientações sobre a gravidez, o parto e cuidados com o recém-nascido e aleitamento, é importante buscar mudanças no comportamento no sentido de que esta adolescente tenha uma postura preventiva em relação a seu bem-estar biológico, social e psicológico.

Outros temas, ainda que aparentemente não relacionados especificamente com a assistência pré-natal, como contracepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST), drogas, sexualidade, trabalho, higiene, podem ser discutidos nas atividades em grupo.

A adolescente deverá ser orientada quanto à atividade física, cuidados com o corpo, alimentação, atividade sexual, risco do uso de drogas, e sobre como conviver melhor com as chamadas queixas próprias da gravidez.

A nutrição assume papel de suma importância no acompanhamento pré-natal da adolescente, devendo a orientação ser ajustada a cada adolescente. Em termos gerais, o ganho ponderal total durante a gravidez deve se situar em torno de 10 a 12 kg. A maior demanda de cálcio, ferro e ácido fólico durante a gravidez deve ser considerada, bem como as necessidades próprias da adolescência.

Durante a gestação ocorrem modificações fisiológi-

cas de adaptação, podendo causar desconforto e que não devem ser confundidas com sinais de doenças. As queixas mais frequentes incluem alterações do apetite, sialorréia, pirose, náuseas, constipação, palpitações, lipotímia, polaciúria, leucorréias, dores lombares, insônia, cãibras, estrias e parestesias.

Recomenda-se que as consultas subsequentes sejam agendadas de 15 em 15 dias, até a 35ª semana, quando passarão a ser semanais.

O preparo para amamentação é fundamental durante o pré-natal. Devemos orientar as adolescentes em relação à importância do aleitamento materno para sua saúde e do recém-nascido e desmistificar determinados tabus, como mamas pequenas não têm leite, prejuízo na estética da mama (o que mais interfere na estética da mama é a hereditariedade, a idade e por último a gravidez).

Durante a gestação, a higiene oral não deve ser esquecida. A embebição gravídica atinge as gengivas, que se tornam mais sensíveis a traumas e processos inflamatórios. Recomendam-se avaliações odontológicas periódicas.

O ideal é que as adolescentes tenham um espaço específico de atendimento que inclua dinâmicas de grupo, forma ideal para discutir os medos, ansiedades, fantasias e mitos sobre o parto, esclarecer dúvidas e ensinar noções básicas de puericultura. A gravidez é um momento em que a imagem da adolescente vive grandes transformações, sua autoestima está abalada e ela se torna

ainda mais vulnerável a influências externas, daí constituir excelente oportunidade no trabalho em grupo para uma intervenção psicoprofilática.

Parto

Visitar em grupo a maternidade acompanhada por um profissional experiente da equipe, que explique pacientemente todo o caminho que será percorrido por elas quando chegar o momento de ter o seu bebê consiste numa experiência muito rica para todos e ajuda a atenuar a ansiedade da adolescente com relação ao parto.

O ideal seria que pudessem estar acompanhadas, no pré-parto, por algum familiar, seu companheiro, sua mãe ou de preferência alguém que tenha recebido orientação.

Cada etapa do parto requer o apoio da equipe de saúde e, se possível, do acompanhante.

É importante que o bebê seja levado ao seio materno já na sala de parto e, sempre que possível, permaneça junto com a adolescente em sistema de alojamento conjunto, sem interrupções, desde o nascimento. O incentivo ao aleitamento

materno deve fazer parte de um objetivo maior, que consiste no reforço da autoestima da adolescente e da sua capacidade física e emocional para cuidar do filho.

Antes da alta hospitalar, quando da ocasião do nascimento do primeiro filho, deve ser realizada uma intervenção com o intuito de estimular a adoção de métodos contraceptivos, de modo a não deixar a puérpera adolescente sair sem optar pelo método que será utilizado para a sua contracepção.

• Puerpério na Adolescência

Os programas de pré-natal devem dar assistência às adolescentes até o primeiro ano de vida do bebê.

Neste período assumem importância ainda maior os aspectos psicológico, social e educativo, que devem reforçar toda a orientação do pré natal. Sentindo-se cuidadas, as adolescentes passam a ter mais condições de assistir o bebê, isso denomina-se “maternar” a mãe.

A primeira consulta de revisão pós-natal deverá ser marcada entre sete e dez dias pós-parto, devido à necessidade de uma avaliação clínica e reforço imediato referente às noções de aleitamento, higiene, dando-se ênfase às transformações pelas quais o corpo vai passar neste período de transição. Os cuidados com as mamas deverão ser reforçados, visando prevenir ocorrências que possam dificultar o aleitamento.

Deve-se alertar quanto à transferência de drogas para o bebê através do leite. A prescrição de medicamentos deve ser controlada. O álcool e o fumo devem ser evitados, assim como as drogas ilícitas. Este momento em que a adolescente está mobilizada com seu filho deve ser aproveitado para iniciarmos um trabalho contra o uso das drogas.

A segunda consulta será realizada 30 dias após o parto e as consultas subsequentes mensais e desde o início em conjunto com o bebê, devem abordar temas como: aleitamento, cuidados com contracepção, nutrição e principalmente troca de experiências, ampliando o universo de conhecimento da adolescente.

A atividade sexual pode ser retomada após o 30º dia do parto, tempo necessário para a recuperação da área de inserção placentária. O uso do preservativo é aconselhável.


Consultas e busca ativa, quando necessárias, devem ser realizadas em ambulatórios de pós-natal, onde profissionais de saúde deveriam prestar assistência integral à adolescente, com o apoio de psicólogos, assistentes sociais, médicos (ginecologistas e pediatras) e enfermeiros, com experiência e disponibilidade a fim de prevenir uma nova gravidez.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Saúde do adolescente: competências e habilidades / Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, p. 242-256, 2008.
2. Silva AAA, Coutinho IC, Katz L, Souza ASR. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (3):496-506, mar, 2013.
3. Silva VC, Barbieri M., Aperibense PGG, Santos CRGC. Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, 7(4):60-67, out/dez, 2010.


ANEXO I

(Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucléico-Carga Viral do HIV)

		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucléico – Carga viral do HIV		Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL		
DADOS DA SOLICITAÇÃO								
Primeira Carga Viral?		1. Instituição solicitante (carimbo padrão)				2. CNPJ		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>								
INFORMAÇÕES BÁSICAS								
Nome completo do usuário						5. Identificação do usuário nos relatórios		
3. Oficial:						<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social		
4. Social:								
6. Data de Nascimento		7. Sexo		8. País				
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino						
9. Cidade de nascimento				10. UF	11. Raça/Cor			
					<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada			
12. Número de Identidade			13. CPF		14. Escolaridade			
			. -		<input type="checkbox"/> 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado			
15. Número SISCEL	16. Cartão Nacional de Saúde - CNS		17. Gestante		18. Telefone do Paciente	19. Prontuário		
-			<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		() -			
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)				21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)				
22. Nome da mãe				23. Endereço do paciente				
24. Bairro		25. CEP	26. Cidade de residência do paciente			27. UF	28. Cód. IBGE Município	
		-						
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento						
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1						
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado								
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>		Auxiliar no diagnóstico de criança exposta <input type="checkbox"/>				
Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Indicação para Genotipagem <input type="checkbox"/>		Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>				
32. Caso Aids?	33. No momento apresenta sintomas?		34. Uso regular de antirretroviral?		35. Data início 1º antirretroviral	36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		/ /	____/____ IGN <input type="checkbox"/>		
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO								
37. Diagnóstico			38. CID 10		43. CRM (Nº Registro do Conselho)			
					UF/CRM: / /			
39. Nome do Profissional Solicitante			40. Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo			
			/ /					
41. Documento		42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante						
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>								
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA								
44. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				45. Data da coleta		46. Hora da Coleta		
				/ /				
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE								
47. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			48. CNES		49. Data do recebimento	50. Hora		
					/ /			
Carga Viral	51. Nº Solicitação exame	52. Identificador da amostra		53. Responsável			54. Data do resultado	
							/ /	
	55. Condições de chegada da amostra							56. Material Biológico
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros							
57. Quantidade de cópias		58. Log		59. Volume da Amostra		60. Técnica utilizada		

ANEXO II

(Laudo Médico para Emissão de BPA-I Contagem de Linfócitos T CD4/CD8)

		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	Laudo Médico para Emissão de BPA-I Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺		Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL	
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)				2. CNPJ		
INFORMAÇÕES BÁSICAS						
Nome completo do usuário				5. Identificação do usuário nos relatórios		
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		
4. Social:						
6. Data de Nascimento		7. Sexo		8. País		
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino				
9. Cidade de nascimento			10. UF	11. Raça/Cor		
				<input type="checkbox"/> 1-branca <input type="checkbox"/> 2-preta <input type="checkbox"/> 3-amarela <input type="checkbox"/> 4-parda <input type="checkbox"/> 5-indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> 6-não informado <input type="checkbox"/> 7-ignorada		
12. Número de Identidade		13. CPF		14. Escolaridade		
		. . -		<input type="checkbox"/> 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado		
15. Número SISCEL	16. Cartão Nacional de Saúde - CNS		17. Gestante	18. Telefone do Paciente	19. Prontuário	
-			<input type="checkbox"/> S-Sim <input type="checkbox"/> N-Não	() -		
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)			21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)			
			. . -			
22. Nome da mãe			23. Endereço do paciente			
24. Bairro		25. CEP	26. Cidade de residência do paciente		27. UF	
		-				
DADOS DA SOLICITAÇÃO						
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento				
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺				
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado						
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>		
				Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>		
32. Caso Aids?	33. No momento apresenta sintomas?	34. Uso regular de antirretroviral?		35. Data início 1º antirretroviral	36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		/ /	____/____ IGN <input type="checkbox"/>	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO						
37. Diagnóstico			38. CID 10		43. CRM (Nº Registro do Conselho)	
					UF/CRM: /	
39. Nome do Profissional Solicitante			40. Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo	
			/ /			
41. Documento		42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante				
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>						
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA						
44. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				45. Data da coleta	46. Hora da Coleta	
				/ /		
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE						
47. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			48. CNES	49. Data do recebimento	50. Hora	
				/ /		
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	51. Nº Solicitação exame	52. Identificador da amostra	53. Responsável		54. Data do resultado	
					/ /	
	55. Condições de chegada da amostra				56. Material Biológico	
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2-Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros				<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
57. CD4 (valor absoluto)		58. CD8 (valor absoluto)		59. Média CD3 (valor absoluto)	60. Técnica utilizada	

ANEXO III

(Laudo Médico para Solicitação de Procedimento de Alto Custo-HBV Quantitativo)

SUS - Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde		LAUDO MEDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO – HBV QUANTITATIVO	
IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE			
1. Nome do estabelecimento:		2. CNPJ:	
COA – CENTRO DE ORIENTAÇÃO E ACONSELHAMENTO		76417005000429	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3. Nome:		4. Data de nascimento:	5. Sexo:
			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
6. Cidade de nascimento:		7. UF:	
8. Número da Identidade:		9. CPF:	
10. Cartão Nacional de Saúde – CNS:		11. Código do IBGE do município:	
12. Nome da mãe:			
13. Endereço:		14. Bairro:	
15. Cidade de residência:		16. UF:	
17. CEP:		18. Telefone:	
DADOS DA SOLICITAÇÃO			
19. Nome do procedimento:		20. Código do procedimento:	
<input type="checkbox"/> HBV QUANTITATIVO		021301020-8	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
21. Descrição do diagnóstico:			
22. CID:			
23. Observações:			
DADOS DO SOLICITANTE			
24. Nome do profissional solicitante:		25. Data da solicitação:	27. Assinatura e carimbo (nº registro do Conselho)
25. Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		26. Nº Documento (CNS/CPF):	
DADOS DO AUTORIZADOR			
28. Nome do profissional autorizador:		29. Código do órgão emissor:	29. Assinatura e carimbo (nº registro do Conselho)
25. Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		26. Nº Documento (CNS/CPF)	
27. Nº da autorização (APAC)		28. Data da Autorização:	30. Período de validade da APAC / / a / /
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
31. Nome fantasia do estabelecimento de saúde executante			32. CNES

