

PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura de Ribeirão Preto-São Paulo

2008- revisão e re-edição 2009

ELABORAÇÃO:

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto/SP:

- Enfermeira Fátima Apda De Bonifácio Heck
- Drª Pilar de Souza Cacheira
- Enfermeira Rita de Cássia Canesin D. Costa
- Dr Valdomiro de Freitas Sampaio

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP):

- Profª Drª Maria Célia Mendes
- Profª Drª Maristela Carbol Patta
- Profª Drª Silvana Maria Quintana

COLABORADORES:

- Profa Drª Alessandra Cristina Marcolin (Depto de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP)
- Enfermeira Elizabete Paganini (Vigilância Epidemiológica- SMS/RP)
- Enfermeira Fátima Regina de Almeida Lima Neves (Coordenadora do Programa DST/AIDS –SMS/RP)
- Prof. Dr Geraldo Duarte (Depto de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP)
- Drª Lílian Christiane Andrade Grimm (Médica Sanitarista da SMS/RP)
- Enfermeira Lis Aparecida de Souza Neves (Programa DST/AIDS-SMS/RP)
- Dr Mario Renato Gatti (Ginecologista da SMS/RP)

REVISÃO E RE-EDIÇÃO

- Dra Maria Rita de Figueiredo Bagio (Centro de Referência à Saúde da Mulher-MATER)

ÍNDICE

1- Introdução	04
2-Consulta da Enfermagem	05
3-Diagnóstico de gravidez	07
4-Grupos de gestantes	11
5-Fluxograma de atendimento	13
6-Ambulatório de gestação de alto risco	15
7-A consulta do caso novo de pré-natal	16
8-Vacinação no pré-natal	17
9-Exames no pré natal	19
10-Anemia materna	20
11-Colonização por <i>Streptococos agalactie</i>	21
12-Organização do Atendimento para Gestantes HIV+ na Rede Pública de Saúde em Ribeirão Preto-SP	22
13-Toxoplasmose	24
14-Hepatite B	31
15-Sífilis	33
16-Obesidade	40
17-Diabetes Mellitus	45
18-Hipertensão Arterial Sistêmica	47
19-Urgência Hipertensiva	50
20-Bacteriúria assintomática	52
21-Infecção do trato urinário sintomática	54
22-Infecção do trato urinário de repetição	57
23- Puerpério	58
24- Bibliografia	61

1-INTRODUÇÃO

Assistência ao Pré-Natal e Puerpério

A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo principal é o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. Atualmente, acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Os objetivos básicos da assistência pré-natal são: rastreamento de indicadores de risco gestacional, imunizações e profilaxia, aconselhamento e educação, intervenção terapêutica obstétrica.

Para promover a segurança do binômio mãe-feto é necessário identificar precocemente as gestações de alto risco oferecendo atendimento diferenciado. Esta assistência possibilita a prevenção das complicações que determinam maior morbimortalidade materna e perinatal, sendo então necessário avaliar a história de doenças maternas pré-existentes, os fatores sócio-econômicos e psicossociais, os antecedentes obstétricos e os eventos da gestação atual. Os fatores associados com o aumento do risco materno incluem as doenças prévias à gestação, as doenças próprias da gestação como a pré-eclâmpsia, a hemorragia obstétrica ou puerperal e as infecções. O risco perinatal aumentado está associado com a pré-eclâmpsia, com a prematuridade, com a restrição de crescimento intra-útero e com as malformações.

A avaliação da mulher no **período pré-concepcional** proporciona o conhecimento de condições clínicas, sociais e econômicas permitindo que a equipe de saúde realize intervenções que podem melhorar a qualidade da assistência pré-natal reduzindo o risco de intercorrências maternas e neonatais. Dentre estas destacamos:

- Adequada anamnese:

- Obtendo informações sobre a história clínica familiar;
- Obtendo informações sobre a história clínica da paciente: Diabetes Mellitus, HAS, cardiopatias, nefropatias, endocrinopatias, infecções, DSTs, obesidade, desnutrição;
- Obtendo informações sobre a história obstétrica: número de gestações anteriores, partos pré-termo, intervalo entre os partos, peso ao nascimento, abortos, perdas fetais, hemorragias, pré-eclâmpsia, amamentação, intercorrências em gestações anteriores;

- Exame físico adequado: avaliação de pressão arterial, ausculta cardíaca;

- Exame ginecológico minucioso: palpação mamária e exame especular com coleta de colpocitologia;

- Avaliação laboratorial **do casal**: tipagem sanguínea, sorologias: VDRL, HBsAg, anti-HIV (aconselhamento e oferecimento das sorologias) e para Toxoplasmose (para a mulher).

- Recomendar vacina contra rubéola (tríplice viral: sarampo, caxumba, rubéola), checar a vacina antitetânica (dupla adulto). **Esclarecer que não deve engravidar até 30 dias após a vacinação da rubéola**

- Recomendar consulta odontológica

- Orientar:

- Sobre a suspensão do álcool, fumo e do uso de drogas ilícitas;
- Sobre o risco de medicamentos e radiação no período peri concepcional e na gravidez inicial.
- Sobre a importância da realização de atividades físicas e dieta adequada.;
- **Prescrever suplementação com ácido fólico: 5mg por dia;**

2-A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA REDE BÁSICA

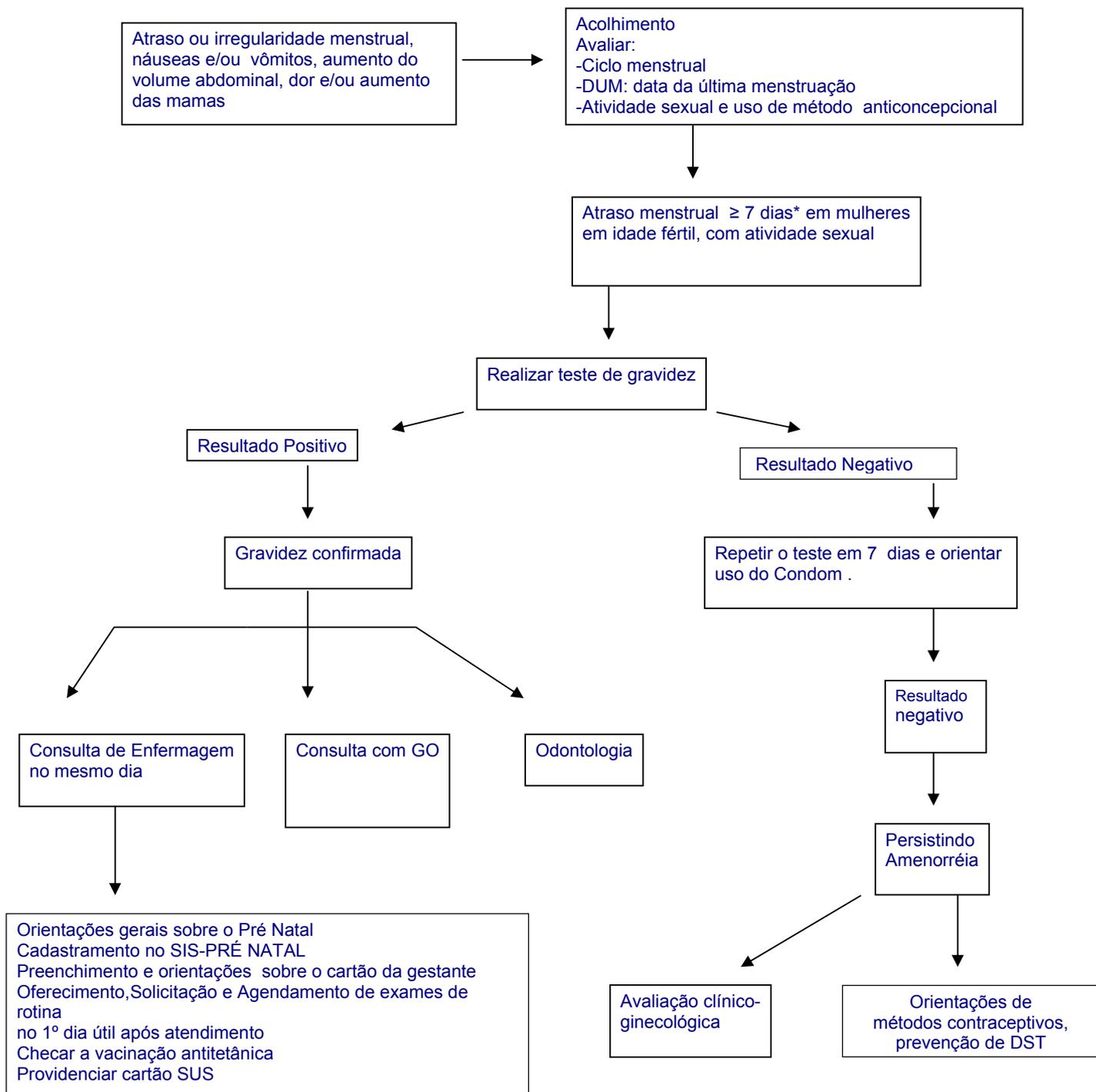
O enfermeiro é co-responsável pelo desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de recuperação a saúde, desenvolvendo, dentre outras, ações dirigidas a assistência pré-natal, parto e puerpério.

A prática assistencial do enfermeiro que atua na Atenção Básica é respaldada pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 e confirmada pela resolução do COREN 271/2002.

- a Lei nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem em seu artigo XI “O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:II como integrante da equipe de saúde:prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”;(extraído do site do COREN/SP em 05 de outubro de 2009: www.coren-sp.gov.br: Principais Legislações para o exercício da enfermagem).

3- DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ



*O teste hCG em tira (urina) em uso, permite a detecção de gravidez (HCG urinário) a partir de 1 dia de atraso menstrual .

Á UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMPETE:

- Rastrear todas as gestantes da região para que nenhuma fique sem assistência pré-natal;
- Facilitar o início precoce do pré-natal. O diagnóstico precoce da gravidez, antes da 12ª semana de gestação, deve ser priorizado;
- Abrir espaço para agendamento em curto prazo mediante fatores de risco identificados:
 - Doenças maternas pré-existentes: HAS, DM, nefropatias, endocrinopatias, cardiopatias, pneumopatias, obesidade, trombozes;
 - Má história obstétrica: abortos de repetição (3 ou mais), fetos prematuros, de baixo peso ou com malformações em gestações anteriores;
 - Patologias prévias em gestações anteriores: diabetes gestacional, pré-eclampsia, ITU;
 - Usuárias de medicações por doenças previamente identificadas ou não: epilepsia, doenças psiquiátricas, anorexígenos;
 - Usuárias de drogas e/ou álcool;
- Garantir a consulta de puerpério entre 07 e 10 dias com o Enfermeiro e 30 a 35 dias após o parto com o Médico Ginecologista-obstetra (GO).

AO ENFERMEIRO COMPETE:

- Acolhimento de toda mulher com atraso menstrual trazida pela recepção ou enfermagem e encaminhada para consulta com o enfermeiro;
- Investigação da amenorréia: realização do teste de gravidez urinário com urina colhida na unidade e sempre que possível realizá-lo no mesmo dia em que procurou o serviço de saúde para diagnóstico de gravidez. Na impossibilidade, agendá-la na mesma semana e proceder busca ativa mediante falta na coleta.

Quando resultado positivo:

- Obter dados:
 - 1) Histórico: identificação, ocupação habitual, dados sócio-econômicos (condições de vida), hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição), prática regular de exercícios físicos e medicamentos em uso. Antecedentes ginecológicos e obstétricos, informações sobre a sexualidade e dados da gestação atual (DUM, percepção dos movimentos fetais, sinais e sintomas, se gestação foi desejada).
 - 2) Exame físico: Peso e estatura, estado nutricional (Índice de massa corporal-IMC), verificação de sinais vitais (FC, FR,T, PA), inspeção de pele e mucosas, exame de MMII (pesquisa de edema e lesões), inspeção de mamas avaliando e orientando para o aleitamento materno.
 - 3) Diagnóstico de enfermagem/levantamento de problemas.

4) Realizar orientações dietéticas (fracionamento), ingestão de proteínas, fibras, normossódica, hipogordurosa.

5) Avaliação de carteira de vacinação se a tiver no momento. Avaliação deve ser anotada em folha de atendimento da consulta de enfermagem e na carteira de pré-natal.

6) Solicitar os exames laboratoriais protocolados pelo programa da saúde da mulher

7) Encaminhar paciente para avaliação odontológica (à partir de março de 2010, todas as unidades do município terão disponíveis o Programa Meu Bem Querer da SMS, que atende gestantes e recém-nascidos, inclusive com palestras e orientações odontológicas em cursos de gestantes)

8) Prescrever medicação (ácido fólico) para as gestantes no primeiro trimestre:

- **Ácido Fólico 5 mg (dosagem disponível nas Farmácias das UBS). Tomar 1 comprimido por dia, assim que diagnosticada a gravidez até a 14ª semana de gestação.**
- ***Em casos de mulheres que desejam e estão tentando engravidar e são usuárias de ACHO (anticoncepcional combinado hormonal oral), de anticonvulsivantes, que já tiveram filhos com defeitos na formação do tubo neural o uso do ácido fólico deve ser iniciado pelo menos 3 meses antes da gravidez e mantido até a 14ª semana de gestação. Portanto, se a mulher estiver nesta situação e com teste de gravidez negativo, o ácido fólico pode ser prescrito.**

Enfermeiro: Prescrição de Medicamentos e Solicitação de Exames (Resolução COFEN nº 271)

A Lei 7498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei 94406/87, está em plena vigência constitucional, e assim, compete privativamente ao Enfermeiro a realização da Consulta, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

Assim, o Enfermeiro poderá continuar o seu pleno exercício profissional, sendo que a prescrição medicamentosa somente é assegurada pela legislação profissional quando fundamentada nos Programas de Saúde Pública ou em rotinas institucionais, mediante Protocolos elaborados pela Instituição ou pelo Ministério da Saúde, até que se decida sobre o mérito da questão judicial.

O mesmo se refere à solicitação de exames referentes às rotinas de Protocolos Institucionais.

Observações importantes:

a) Os exames das gestantes nas unidades devem ser priorizados, colhidos preferencialmente no 1º dia útil após a consulta de enfermagem uma vez que é necessária a rápida disponibilidade dos resultados para diagnóstico precoce dos fatores de risco na gestação. Fornecer dia, horário e orientações para a coleta dos diferentes exames.

b) Os resultados, assim que disponíveis deverão ser avaliados por profissional da equipe de atendimento identificando resultados que mereçam convocação e antecipação de consulta agendada.

c) Orientar que mediante resultados inconclusivos será realizada nova coleta de sangue.

9) Agendar consulta médica em no máximo 30 dias (não vincular este atendimento a disponibilidade dos exames solicitados). Mediante presença de riscos, priorizar o máximo possível esse atendimento.

10) Documentos a serem oferecidos:

- Cadastrar a gestante através de um número específico, único (SISPRENATAL – é um sistema informatizado, desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS, para ser utilizado pelos municípios no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento)
- Cartão de pré-natal com **todos** os dados da gestante, identificação da Unidade de Saúde, orientar sobre sua apresentação em qualquer consulta, inclusive mediante intercorrências. **Letra legível.**
- Solicitar o cartão SUS. Se já o possuir, deverá ser anotado: no cartão de pré-natal e na ficha de cadastro do SISPRENATAL.

4-GRUPO DE GESTANTES:

Informar à usuária sobre a existência e importância dos grupos de orientação para as gestantes (Grupos de Gestantes), estimulando a sua participação. Estes grupos já são realizados no Centro de Referência à saúde da Mulher (“Mater”) e em algumas Unidades de Saúde, devendo ser ampliado a todas as Unidades, com a sugestão dos seguintes temas para discussão:

-Importância do Pré-Natal: o que significa seguimento pré-natal, importância das consultas, dos exames clínico, ginecológico e laboratoriais (e da avaliação destes pelo médico), vacinação, orientações de dieta, atividade física, estimular a participação do parceiro no pré-natal.

-Orientações do Odontologista: cuidados com a saúde odontológica da mãe e do feto;

-Desenvolvimento da Gestação: abordagem semanal e/ou trimestral (do desenvolvimento do feto e alterações físicas/emocionais da mulher); discutir o planejamento e organização da família e da mulher com a chegada do bebê;

-Infecções sexualmente transmissíveis;

-Drogas, álcool e tabagismo: efeitos deletérios ao indivíduo, família e feto.

-Queixas mais comuns (azia, náuseas, tonturas, empachamento, constipação intestinal) e sinais de alerta (corrimento vaginal, sangramento vaginal, perda de líquido via vaginal, sintomas relacionados a elevação dos níveis pressóricos, diminuição da movimentação fetal, contrações uterinas (TPP: trabalho de parto prematuro), sintomas urinários, febre.

-O que é o trabalho de parto, tipos de parto: vaginal (normal e fórceps) e cirúrgico (cesárea), bem como salientar que existem indicações para o parto fórceps e cirúrgico; fortalecer a idéia de que a gestante é a protagonista no momento do parto, e tem direito a um acompanhante neste momento (as Maternidades devem estar preparadas: quartos com banheiro de fácil acesso, privacidade às gestantes, alojamento conjunto);

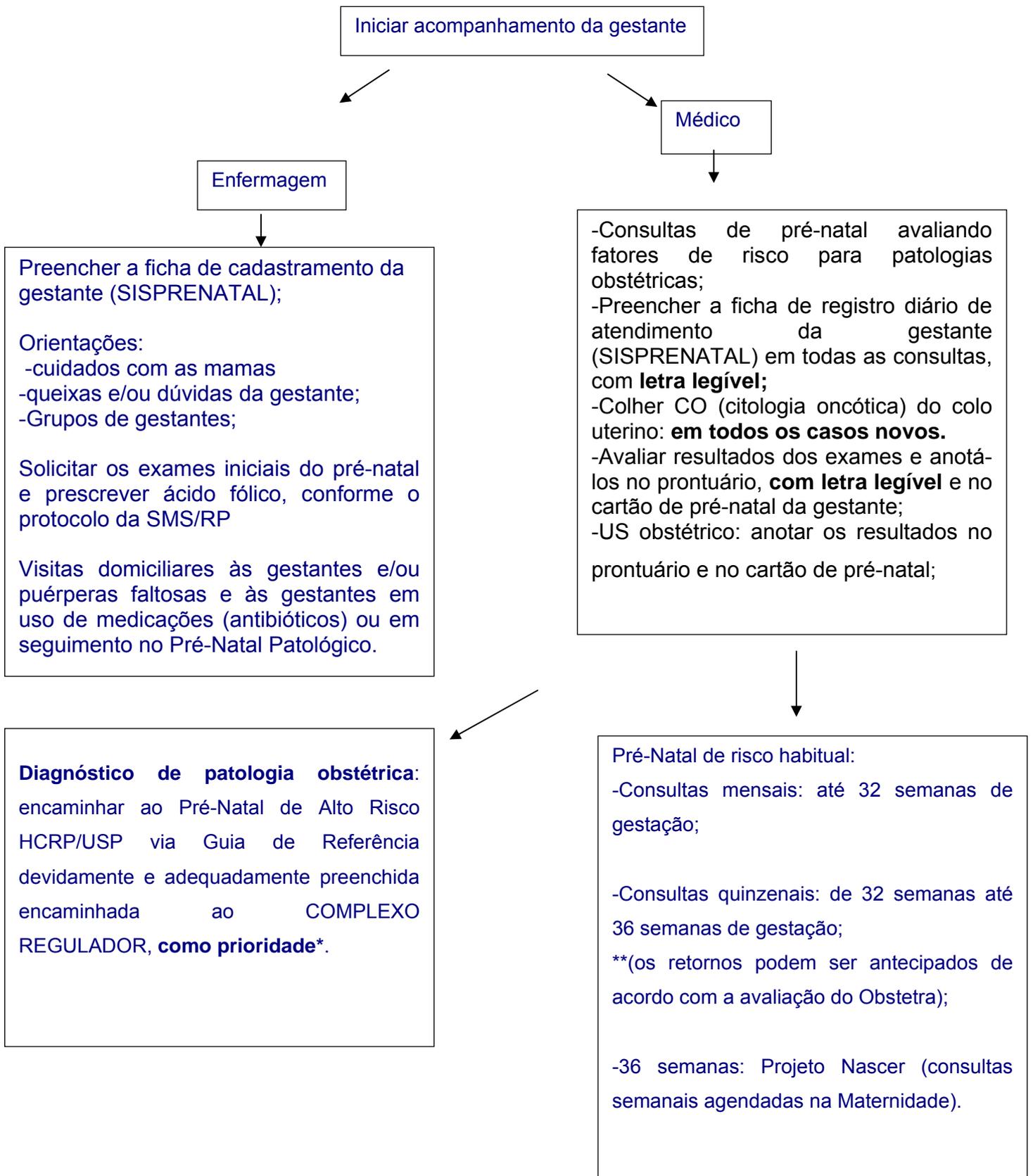
-Aleitamento materno e cuidados com as mamas: envolver os Pediatras nestas orientações;

-Cuidados com o recém-nascido, vacinação, puerpério e métodos anticoncepcionais durante o aleitamento.

-Paternidade responsável.

Para a realização destes grupos toda a Equipe de Saúde da Unidade pode e deve colaborar, e identificar na sua comunidade a necessidade de desenvolvimento de outros temas além dos sugeridos, bem como envolver a Comissão Local de Saúde no desenvolvimento destas ações e para obtenção de locais para a realização dos grupos nas Unidades sem espaço físico.

5-FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTOS



* **Patologias Obstétricas:** Patologias infecciosas (infecção por HIV, hepatites, toxoplasmose, ITU de repetição, DST, rubéola e outras infecções), endocrinopatias (DM, alterações tireoidianas e outras), gemelaridade, isoimunização, pneumopatias (asma e DPOC), malformações fetais, colagenoses (Lupus, SAAF), trabalho de parto pré-termo, risco para prematuridade (colo uterino curto), placenta prévia, anemia profunda, desnutrição, obesidade, alcoolismo, drogadição, má-história obstétrica, HAS prévia e/ou durante a gravidez, cardiopatias, doenças renais, gravidez em vigência de câncer e restrição do crescimento intra útero

Encaminhamento: na Guia de Referência (a ser encaminhada ao Complexo Regulador, **como prioridade** para o agendamento no Pré-Natal de Alto risco), devem constar **obrigatoriamente** a identificação da gestante (nome completo, nome da mãe e/ou responsável, nº da matrícula na Unidade de Saúde, nº do cartão SUS, endereço completo), paridade, idade gestacional, hipótese (s) diagnóstica (s), resultados de exames relevantes ao caso, uso de medicações, se prescritas (identificando nome da medicação instituída, dose e tempo de tratamento), **todos estes dados preenchidos com letra legível**. Este encaminhamento deve ser enviado imediatamente para a SMS (fora da rotina do malote).

***ao encaminhar para o Pré-Natal de Alto risco ou para o Projeto Nascer a Unidade de Saúde deve manter o seguimento da gestante, e acompanhar se esta iniciou e mantém seguimento no Serviço de Referência. Manter consulta semanal após 36 semanas se a mesma ainda não iniciou seguimento no Projeto Nascer**

6-Ambulatório de Gestação de Alto Risco (Pré-Natal Patológico) HCRP-USP: período da tarde

Segunda-feira: infecção por HIV, hepatites, toxoplasmose, infecção urinária de repetição, infecções sexualmente transmissíveis, HPV, condilomatose, drogadição, alcoolismo, rubéola e outras infecções durante a gestação.

Equipe Responsável: Prof.Dr.Geraldo Duarte, Profa Dra. Silvana Maria Quintana, Prof.Dr.Ricardo Cavalli, DR. Conrado Milani Coutinho, Dra. Patricia Pereira Melli, Dra Ana C S Calderon; Dr.Marcos M Okido e Infectologista Dra Renata Abduch

Terça-feira: endocrinopatias (Diabetes, tireoideopatias e outras)

Equipe Responsável:Prof.Dr. Reinaldo Rodrigues, Prof.Dr.Rafael Yano,Profa.Dra Elaine Cristine M Dantas e Dr.Marcos M Okido

Quarta-feira: gemelaridade, asma, malformações fetais, isoimunização, placenta prévia, acretismo placentário, anemia grave (Hemoglobina < 8g/dl: diagnóstico de anemia grave), desnutrição.

Equipe Responsável: Prof.Dr.Aderson T Berezowski, Dr.Rafael Yano,Profa.Dra. Elaine Cristine M Dantas , Dr. Marcos M Okido

Quinta-feira: HAS prévia e durante a gravidez, cardiopatias, nefropatias, restrição do crescimento intra-útero, m  história obstétrica, colagenoses (SAAF e Lupus) e obesidade morbida.

Equipe Responsável:Prof. Dr. Ricardo Cavalli,Dr. Rafael Yano e Dr.Conrado Milani Coutinho;Dra. Ana Carolina S Calderon

Sexta-feira: Prematuridade (trabalho de parto pré-termo, colo curto ao USTV, p s circlagem, parto pré-termo anterior)

Equipe Responsável: Profa Dra Silvana M. Quintana, Dra Elaine D.Moisés, Dra Conrado Milani Coutinho.

7-A CONSULTA DO CASO NOVO DE PRÉ-NATAL

O ginecologista realiza anamnese, o exame físico geral, obstétrico e ginecológico . Nesta consulta os exames de rotina previamente solicitados são analisados e verifica-se a necessidade de outros exames complementares, de consulta especializada ou de encaminhamento para nível de maior complexidade. São fornecidas orientações sobre alimentação, atividade física, estética e hábitos de vida. Também, a gestante recebe informações sobre os cuidados com as mamas e o corpo que está sofrendo modificações consideradas fisiológicas. O cartão de vacina é verificado pelo médico e enfermagem que avaliam a necessidade de atualização do esquema vacinal. A SMS PMRP recomenda a realização de colpocitologia oncótica durante o pré-natal se a mesma não tiver sido realizada nos 12 meses que precederam a gestação.

Nas consultas subseqüentes do pré-natal é importante a avaliação clínica da gestante com o exame físico geral (aferição do peso materno, da pressão arterial e da freqüência cardíaca) e o exame físico especial (aparelho cardiorrespiratório e membros inferiores). No exame obstétrico verifica-se altura uterina, batimentos cardíacos do feto, presença de contrações uterinas e, quando necessário, realiza-se o exame especular e o toque vaginal. A altura uterina e o peso materno devem ser anotados no gráfico do cartão de pré-natal, bem como todas as outras informações obtidas na consulta obstétrica. A partir de 14 semanas de gestação é necessária a suplementação com 1 a 2 comprimidos ao dia de Sulfato Ferroso, que podem ser tomados antes ou após as refeições. O Ácido Fólico, 1 comprimido 5 mg ao dia, deve ser iniciado assim que se faça o diagnóstico de gravidez, e deve ser mantido até 14 semanas para prevenção dos defeitos de fechamento do tubo neural ou durante toda a gestação para correção de anemias.

O calendário de consultas durante o pré-natal deve manter uma freqüência satisfatória de pelo menos seis consultas até o final da gestação, com atendimento médico mensal até 32 semanas de gestação, quinzenal entre 32 e 36 semanas e semanal até a resolução da gravidez. Essa freqüência pode ser modificada de acordo com orientação do pré-natalista.

O emprego universal de multivitaminas, piridoxina, ferro, proteínas, magnésio e zinco não apresenta evidência de benefício em revisão de estudos clínicos randomizados. (Projeto Diretrizes. Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Elaboração Final: 11 de junho de 2006)

8-VACINAÇÃO NO PRÉ-NATAL

Vacina de rotina no pré-natal é a dupla adulta (Difteria e Tétano):

Na falta da carteira de vacina da gestante ou na ausência de vacina contra o tétano/difteria realizar o esquema completo com a vacina dupla adulto ou completar as doses necessárias.

É importante que a 2ª dose da vacina seja aplicada até 20 dias antes do parto. Quando o esquema completo da vacina contra o tétano ultrapassar 5 anos deve ser feito um reforço da vacina durante o pré-natal.

Vacinas que podem ser indicadas em situações especiais:

Febre Amarela, Pneumococo, Poliomielite (Sabin ou Salk), Hepatite B, Influenza (Gripe) e Raiva.

Vacinas contra-indicadas:

BCG, Caxumba, Rubéola, Sarampo e Varicela.

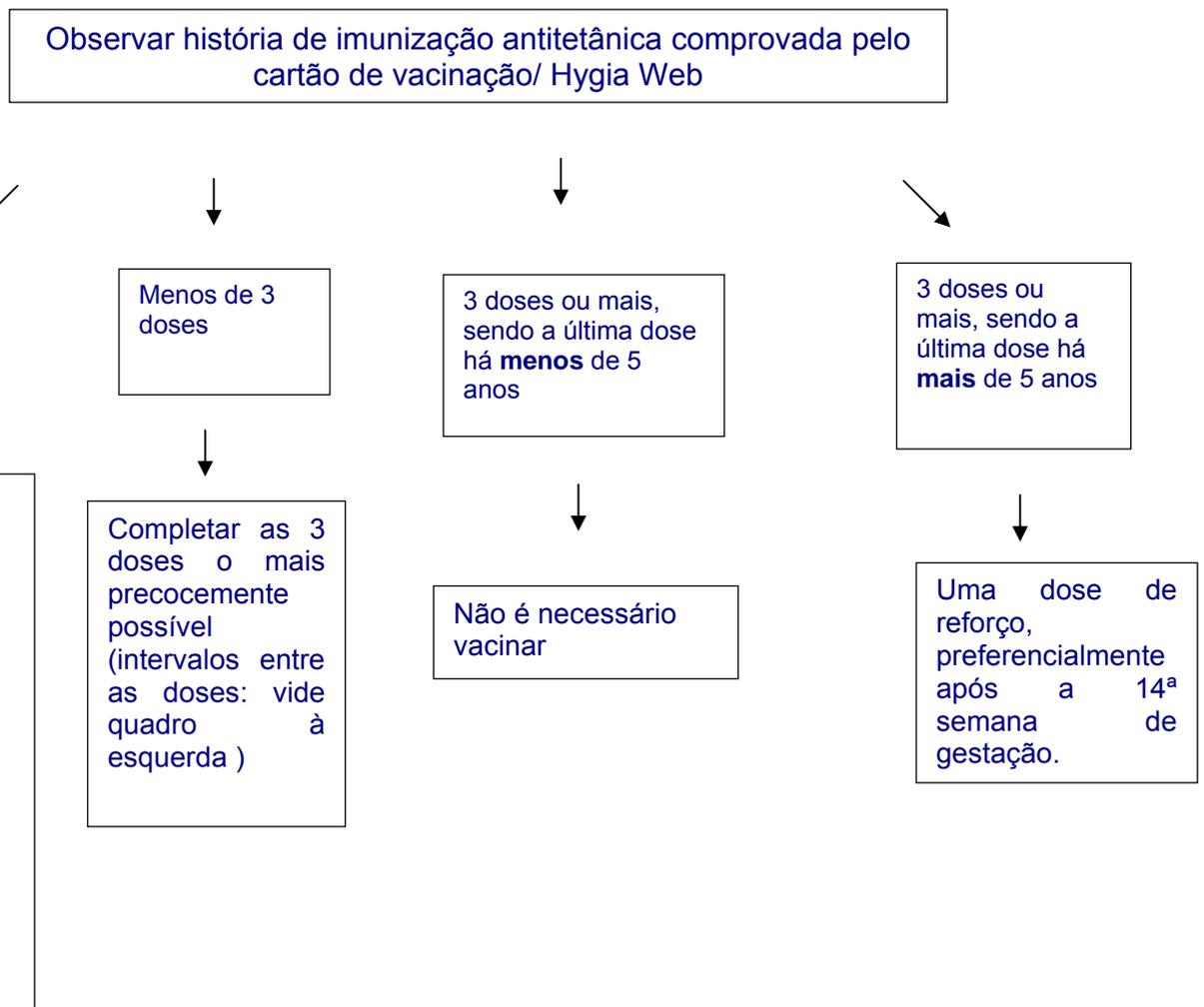
Imunoglobulinas:

Indicação após avaliação da Vigilância Epidemiológica: as gestantes poderão receber Imunoglobulina contra tétano, varicela, hepatite B e raiva.

Soro heterólogo:

Indicação após avaliação da Vigilância Epidemiológica: para Raiva

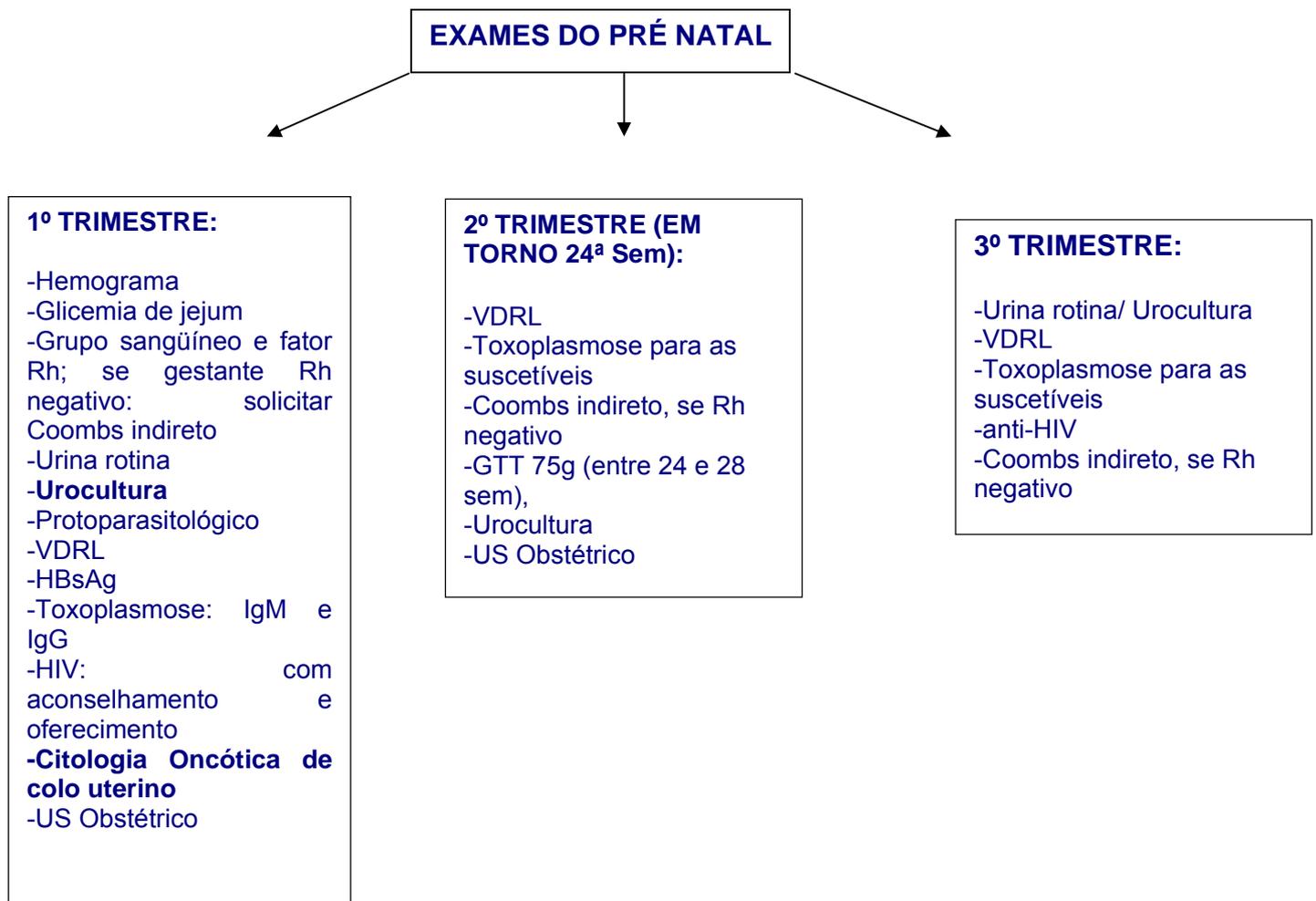
ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA DA GESTANTE



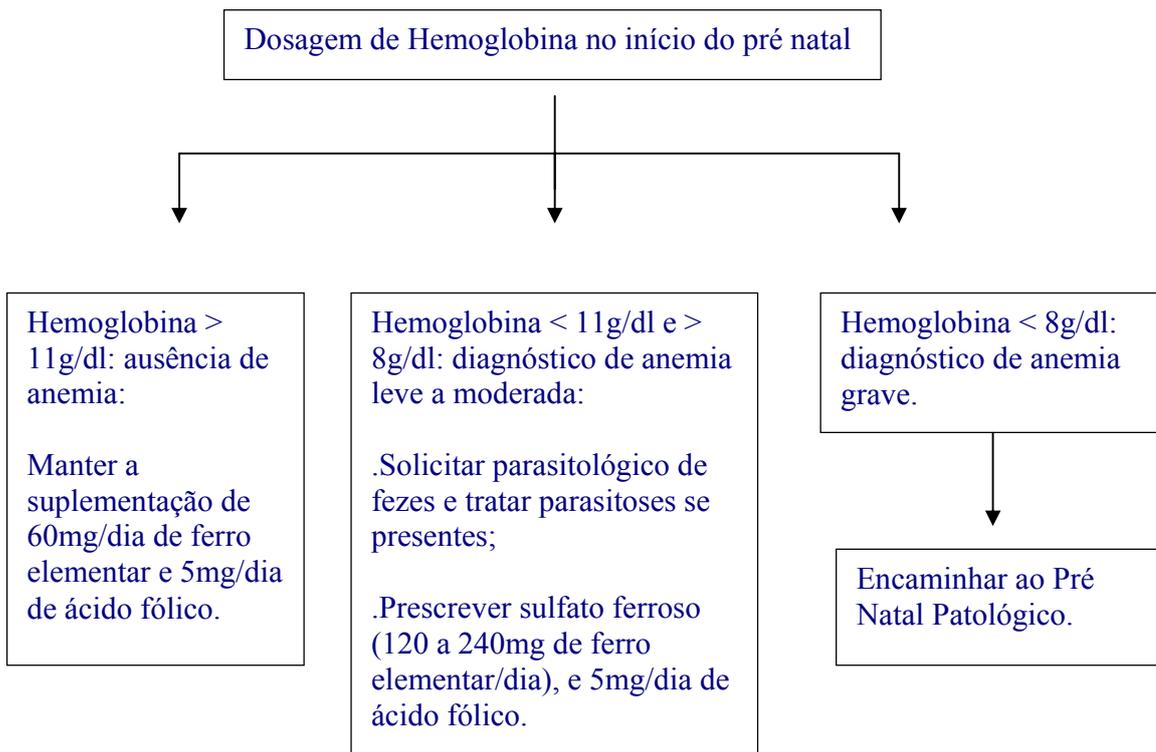
Não foram relatados efeitos adversos para o feto em decorrência da aplicação dos toxóides diftérico e tetânico em qualquer fase da gestação. Entretanto, por motivos operacionais e estratégicos, entre os quais evitar que um eventual abortamento venha a ser indevidamente atribuído à vacina, a imunização da grávida pode ser efetuada a partir do 2º trimestre da gestação, desde que a avaliação do Serviço de Saúde indique que o início da vacinação apenas neste momento **não impedirá que duas doses da vacina sejam aplicadas antes do parto.**

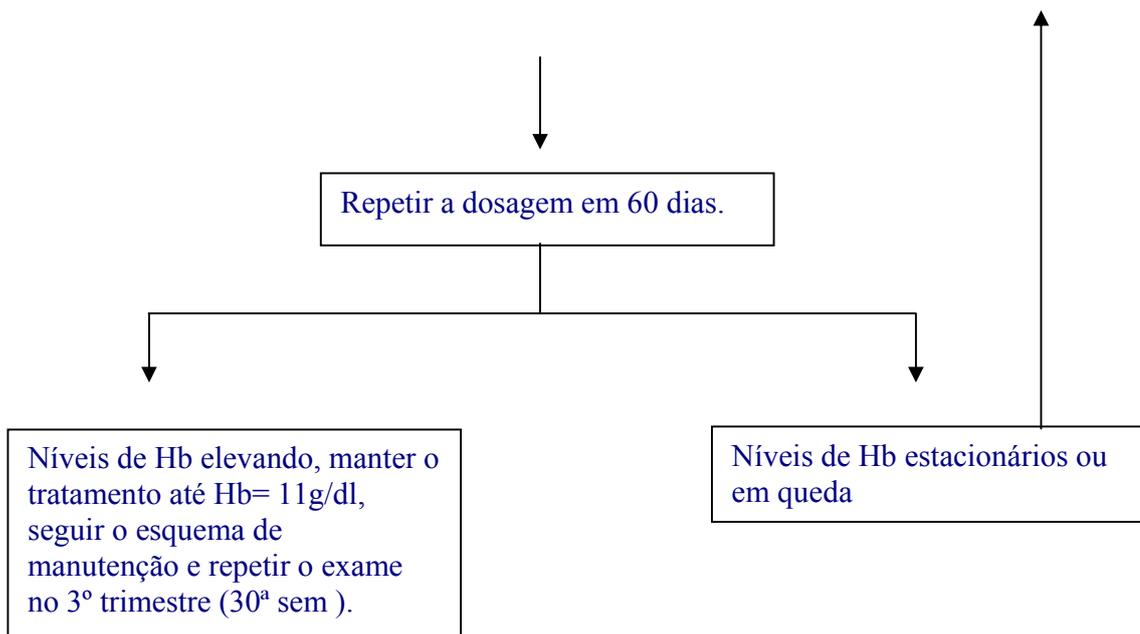
Para a adequada proteção da mãe e prevenção do tétano neonatal em gestação futura é importante a aplicação da terceira dose, que deve ocorrer 6 meses após a 2ª dose.

9-EXAMES DO PRÉ-NATAL



10-ANEMIA MATERNA

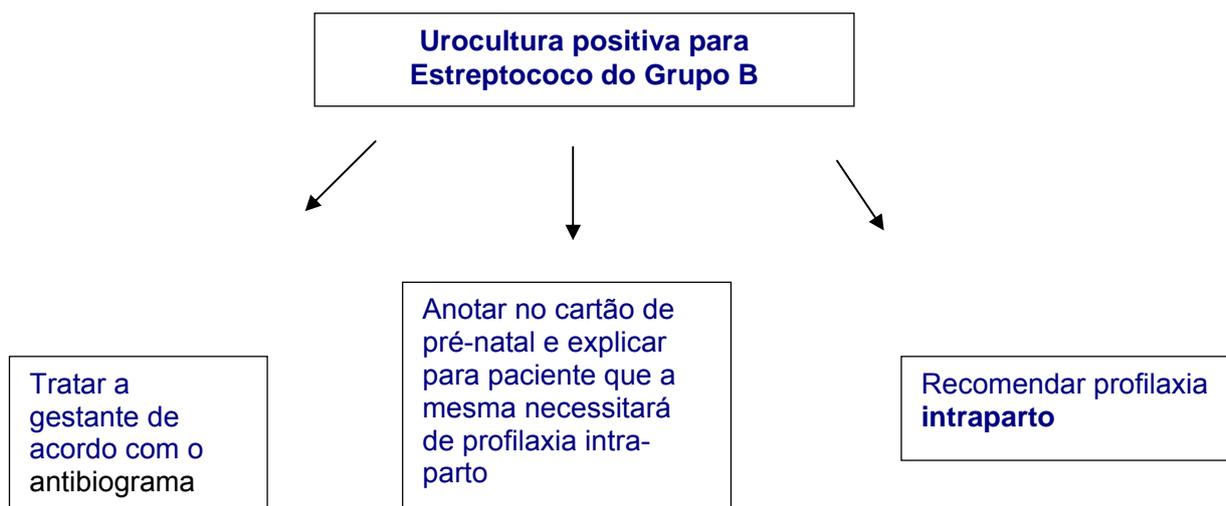




Sulfato ferroso: 1 comprimido = 200mg = 40mg de ferro elementar.
 Orientar para tomar meia hora antes ou após as refeições, preferencialmente com suco de laranja, limão ou vitamina C, não pode ser tomado com leite.

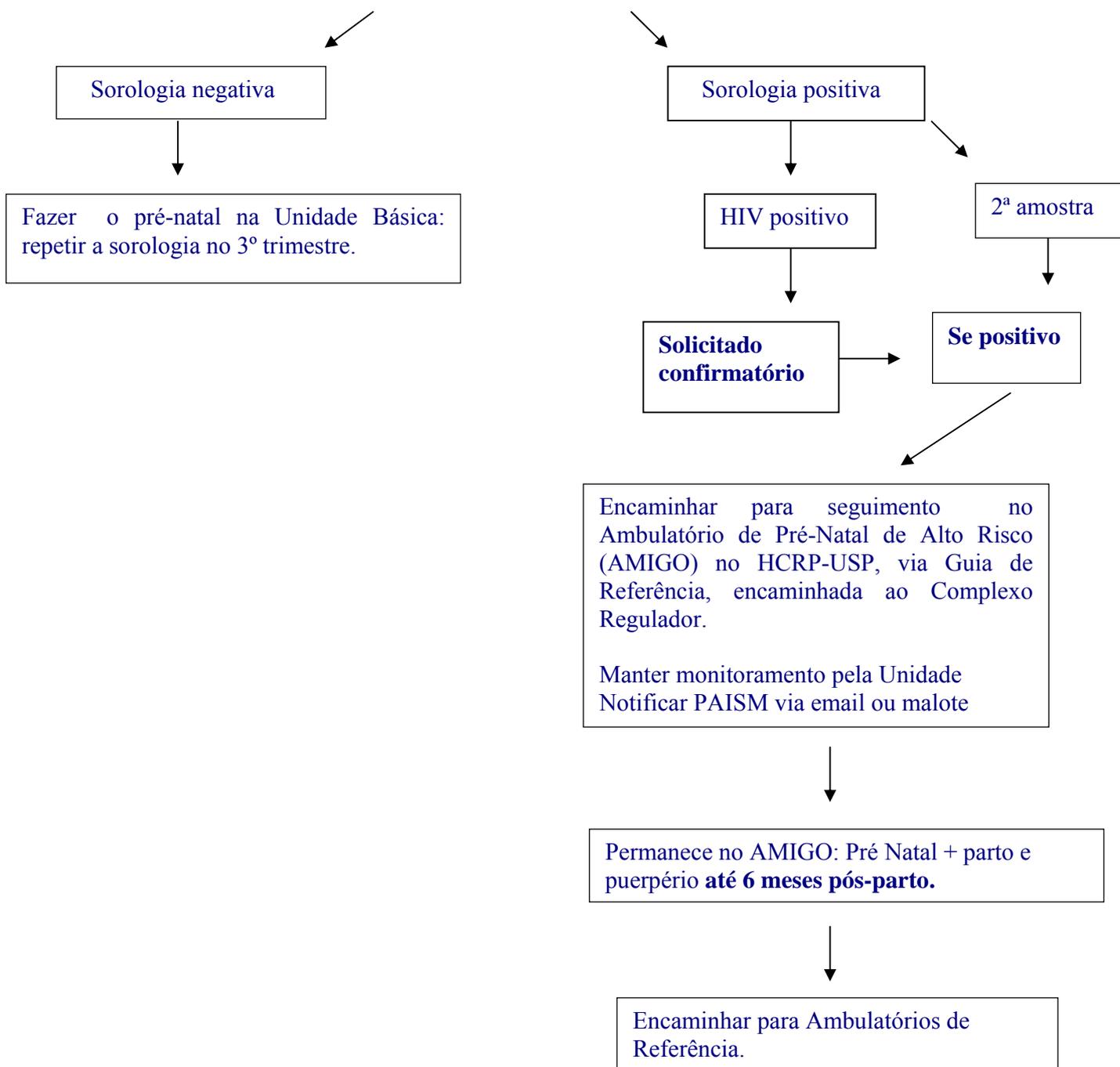
11- COLONIZAÇÃO POR ESTREPTO B

Nos casos de Urocultura positiva para Estreptococos do grupo B escrever em destaque no cartão de pré-natal da gestante, pois está indicada a profilaxia antibiótica para a gestante durante o parto, possibilitando a diminuição na incidência da doença estreptocócica neonatal precoce(sepsse neonatal). Urocultura positiva para estrepto B é considerado colonização materna maciça.



12-Organização do Atendimento para Gestantes HIV+ na Rede Pública de Saúde em Ribeirão Preto-SP

Sorologia para HIV



Em função dos avanços terapêuticos e sua comprovada eficácia na redução da transmissão vertical do HIV, estimulamos a oferta do teste sorológico acompanhada de aconselhamento nos serviços de pré-natal em todas as unidades de saúde do município de Ribeirão Preto. Se o diagnóstico for positivo para o HIV (1ª amostra e confirmatório), esta gestante será encaminhada com uma carta de referência para realizar pré-natal

diferenciado por sua terapêutica específica no AMIGO – Ambulatório Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. O ambulatório funciona às segundas feiras à partir das 12 horas no balcão verde claro no Hospital das Clínicas.

Conduta de acordo com resultado da sorologia anti-HIV:

-Resultado negativo:

Orientar a gestante quanto aos modos de transmissão;

Reforçar a importância do sexo seguro, orientando quanto a utilização do preservativo, especialmente durante a gestação, uma vez que a possibilidade de contaminação pelo HIV não está descartada.

-Resultado positivo (1ª amostra e confirmatório):

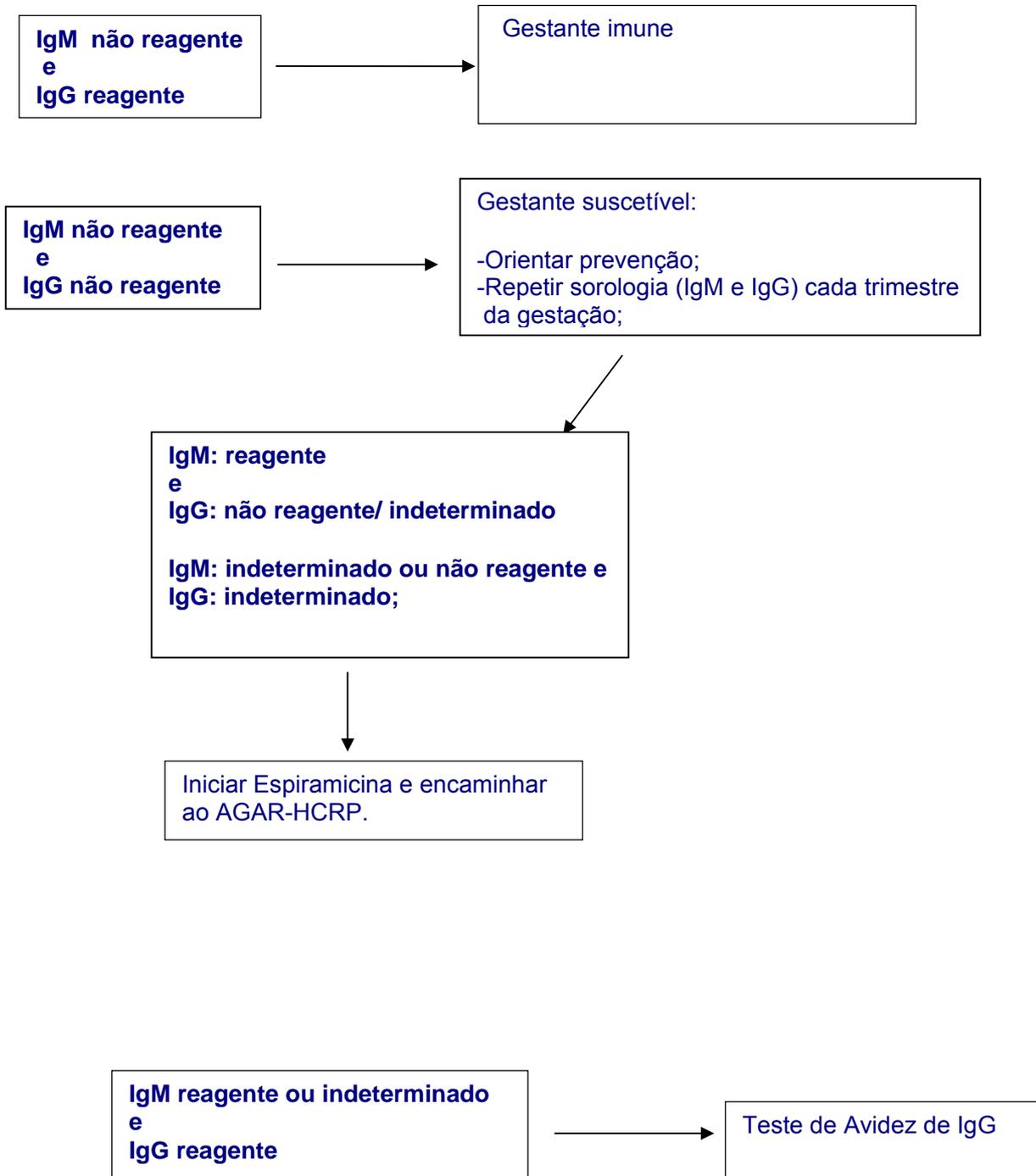
- Esclarecer quanto ao significado do resultado através de profissional médico
- Ajudá-la a distinguir a soropositividade (portador do HIV assintomático) e a Aids (síndrome instalada)
- Orientar sobre a importância do sexo seguro através do uso de preservativo evitando a reinfecção bem como a transmissão para o parceiro, e a importância do parceiro fazer o teste HIV.
- Preencher ficha de notificação compulsória de gestante HIV
- Encaminhar a gestante ao pré-natal do Hospital de Referência de Alto Risco: AMIGO (Ambulatório de Moléstias Infecciosas da GO) HC Campus às 2ª feiras à tarde, com guia de referência, cartão de pré-natal, com nº de cartão SUS devidamente preenchidos.
- Monitorar a gestante quanto ao comparecimento ao Serviço de Referência e quanto aos cuidados para a redução da transmissão vertical através da utilização correta da medicação e procura do Hospital de referência ao menor sinal de trabalho de parto.
- Realizar consulta puerperal orientando a importância de não amamentar;
- Orientar a mulher e seu parceiro sobre contracepção.

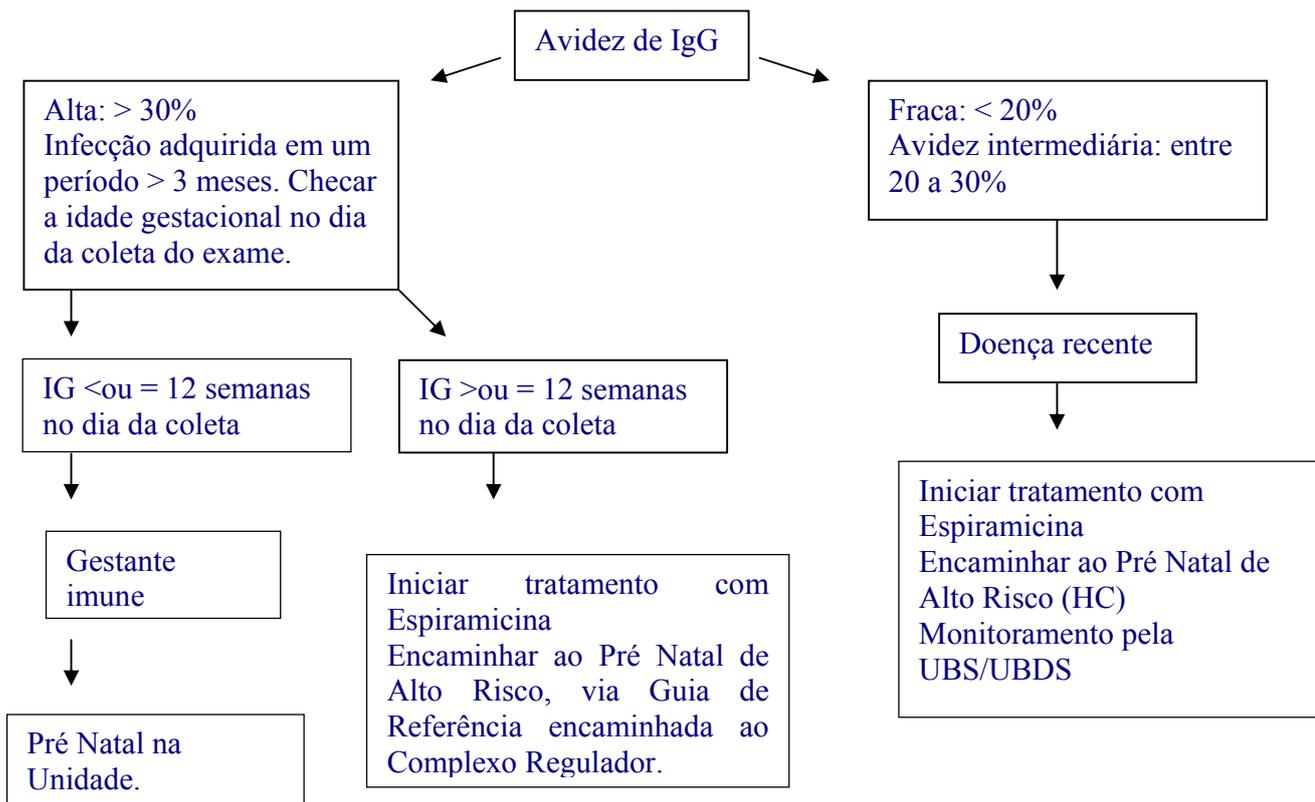
Obs.: Se a primeira amostra da sorologia for positiva e em decorrência de atrasos (por falta de kits no Laboratório, por exemplo) houver demora em receber o resultado do exame confirmatório encaminhar a gestante ao AMIGO-HCRP **com esta observação** na Guia de Referência. Justifica-se essa medida, pois a intervenção deve ser realizada o mais precocemente possível.

13- TOXOPLASMOSE

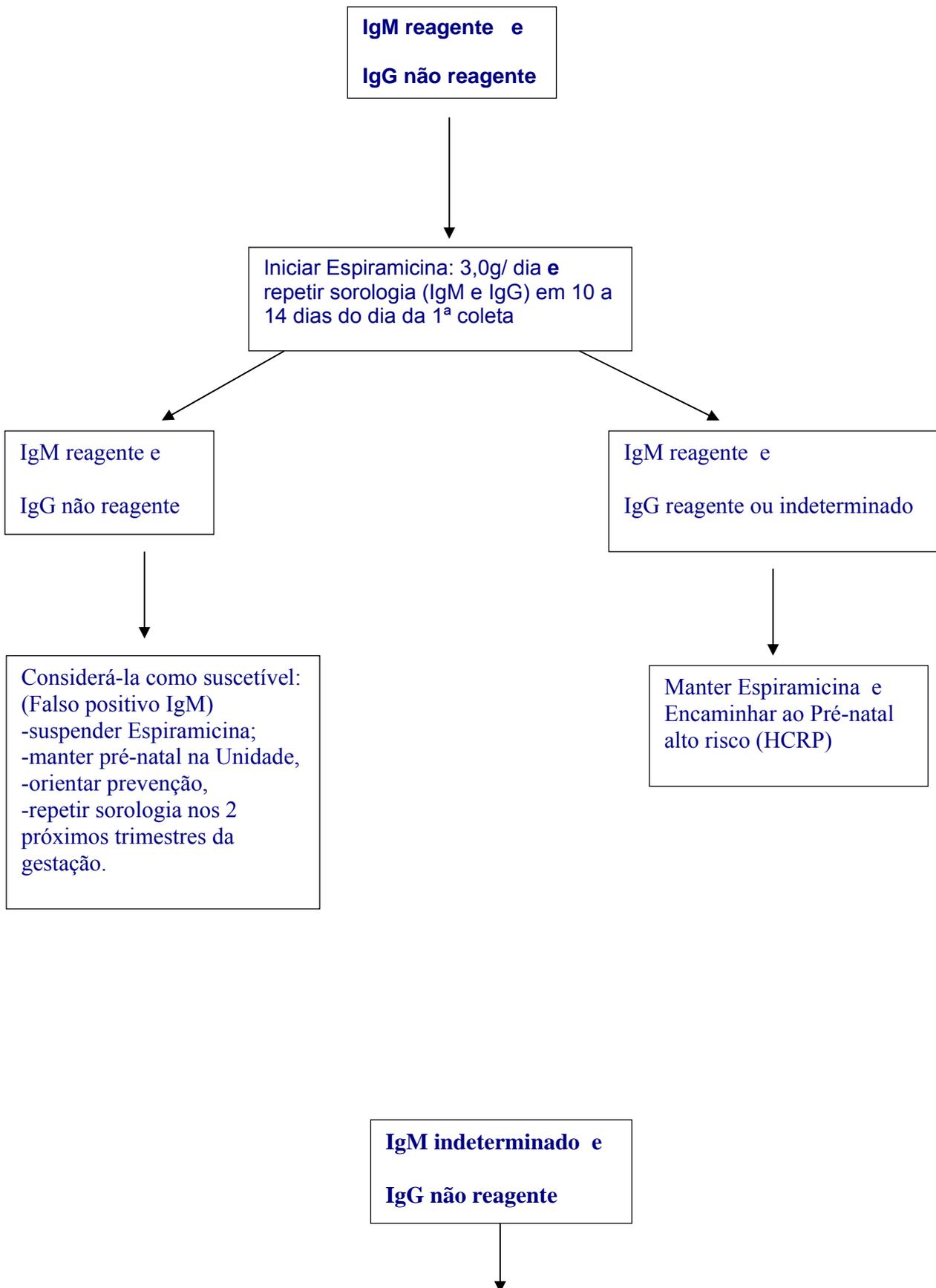
Fluxograma de investigação de Toxoplasmose na gestação

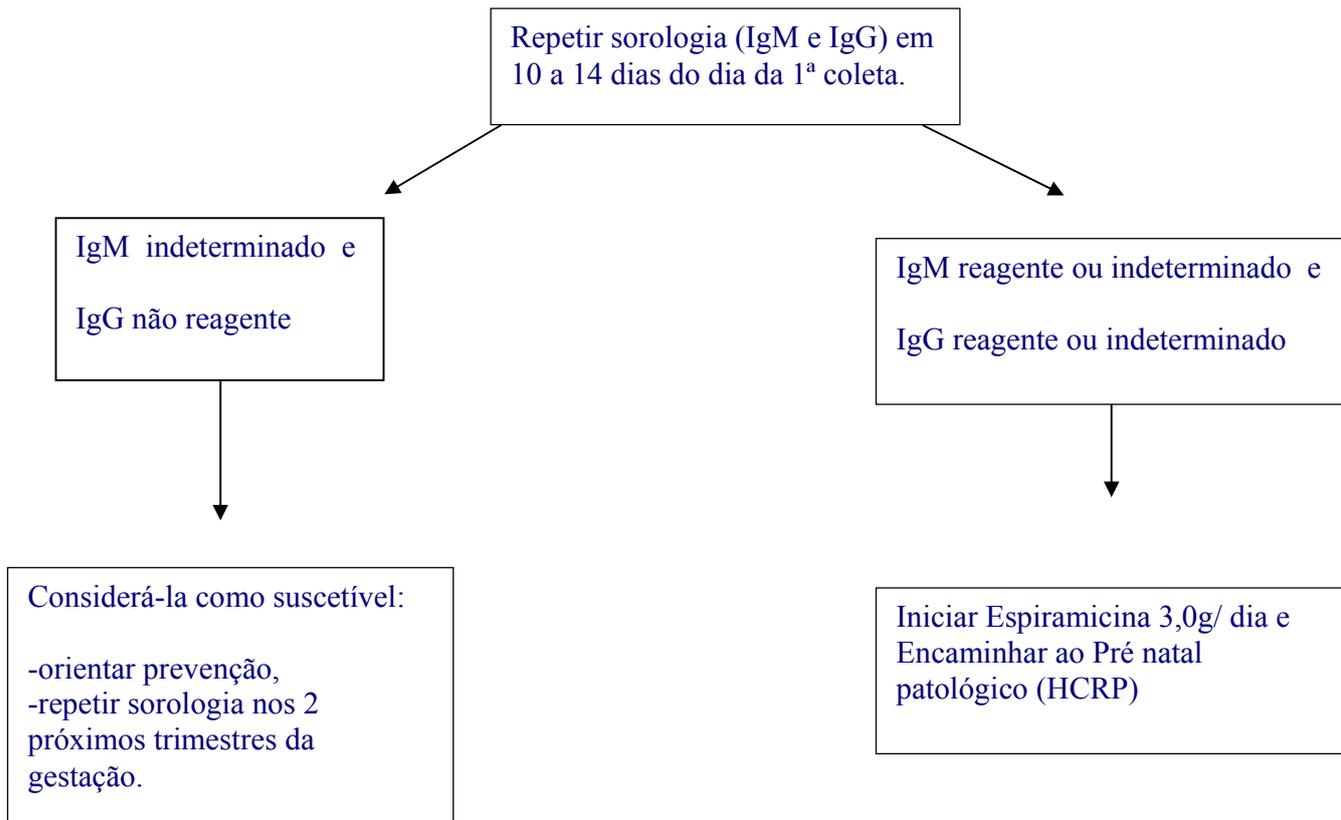
Sorologia para Toxoplasmose na 1ª consulta de pré-natal





- Nos casos de IgG reagente (com IgM reagente ou indeterminado) o Laboratório Castelo realiza o teste de avidéz de IgG automaticamente, não havendo necessidade de nova solicitação pela Unidade.
- Os valores para interpretação do teste de avidéz são fornecidos pelo Laboratório responsável pela realização do exame, portanto estas porcentagens podem variar em diferentes Laboratórios.





Toxoplasmose aguda Materna:

As diferentes formas de transmissão do protozoário *Toxoplasma gondii* (cujo hospedeiro definitivo é o gato e os intermediários são roedores, bovinos, suínos, aves e o homem) para o homem ocorrem através da

ingestão de cistos presentes em carnes cruas ou mal cozidas ou de oocistos presentes no solo, alimentos e água. A forma congênita ocorre por transmissão transplacentária.

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

A equipe de saúde deve avaliar a situação da gestante, classificando-a como suscetível, com doença recente ou doença antiga de acordo com a investigação sorológica:

-IgG e IgM não reagentes: gestante suscetível, nunca foi infectada.

-IgG reagente e IgM não reagente: gestante com doença antiga, desde que exame realizado até 12 semanas de gravidez;

-IgG não reagente e IgM reagente: provável doença recente: iniciar Espiramicina e repetir sorologia dentro de 10 a 14 dias: se IgG reagente ou indeterminado encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco.

-IgG reagente e IgM reagente: provável doença recente, nesse caso o Laboratório Municipal realiza automaticamente a avidéz de IgG.

Teste de AVIDEZ DE IgG

Avidéz alta: infecção adquirida em um período maior que 3 meses:

-se idade gestacional menor que 12 semanas no dia da coleta: infecção adquirida antes da concepção.

Conduta: pré-natal na UBS, não precisa repetir a sorologia.

-se idade gestacional maior que 12 semanas no dia da coleta: impossível saber se infecção adquirida antes ou após a concepção, exceto se a gestante tiver resultado de sorologia prévia a gestação ou de gestação anterior.

Conduta: iniciar tratamento com Espiramicina e encaminhar ao AMIGO (HCRP), através de guia de referência encaminhada ao Complexo Regulador.

Avidéz baixa ou inconclusiva: infecção adquirida em um período menor que 3 meses.

Conduta: iniciar tratamento e encaminhar ao AMIGO, através de Guia de Referência encaminhada ao Complexo Regulador.

Gestante com doença recente:

-Registrar no prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames laboratoriais e esquema terapêutico.

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

-A Unidade deverá monitorar o comparecimento no Serviço de Referência (HC CAMPUS).

-Solicitar a medicação para o tratamento, que se encontra disponível na Farmácia Central, sendo liberada mediante solicitação e envio posterior da prescrição médica.

Tratamento: Espiramicina(1,5 mUI) 500mg: 2 comprimidos de 8 em 8 horas (1g de 8 em 8 horas).

ORIENTAÇÕES PARA GESTANTES SUSCEPTÍVEIS PARA TOXOPLASMOSE

1- O que é toxoplasmose?

É uma infecção causada por um protozoário: o *Toxoplasma gondii*. A maioria das pessoas já teve contato com este parasita e não apresentou sinais e sintomas, portanto não sabem que já tiveram a infecção.

2- A toxoplasmose pode causar problemas de saúde?

Em pacientes saudáveis, esta infecção não causa problemas sérios. Quando o sistema imunológico está doente, a infecção pode acarretar danos a saúde. Nas gestantes, a infecção pode acarretar problemas para o feto.

3- Quantas vezes é possível adquirir a toxoplasmose?

Após o primeiro contato com o protozoário são desenvolvidas defesas (anticorpos). Se ocorrer novo contato com o parasita, estas pessoas já estão protegidas.

4- Porque a toxoplasmose é perigosa durante a gestação?

Quando as mulheres que NUNCA tiveram contato com o toxoplasma (não tem anticorpos de defesa) ficam grávidas, elas podem adquirir o protozoário, apresentar a Toxoplasmose aguda e transmitir o parasita para o bebê . Isso pode levar a alterações graves como mal-formações, aborto e até óbito. Entretanto, se a gestante teve contato prévio com este agente infeccioso, ela JÁ TEM DEFESAS (ANTICORPOS) e não há riscos para o bebê.

5- Como se fica sabendo se a gestante já tem defesas ou não para o Toxoplasma?

Através de exame de sangue (sorologia para toxoplasmose) que deve ser realizado antes de engravidar ou imediatamente após o diagnóstico de gravidez. Se a paciente tiver anticorpos do tipo IgG positivos ela já teve contato, tem defesas e não há riscos para o bebê. Se o anticorpo IgG for negativo ela está no grupo de risco, ou seja, pode adquirir a infecção durante a gravidez.

6- O que pode ser feito para evitar a infecção aguda durante a gravidez de gestante que não tem anticorpos?

Vários cuidados são orientados para que a infecção não seja adquirida neste período:

- Não comer alimentos **crus**: carne, leite, ovos,
- Não mexer em carnes cruas ou usar luvas para lidar com alimentos crus,

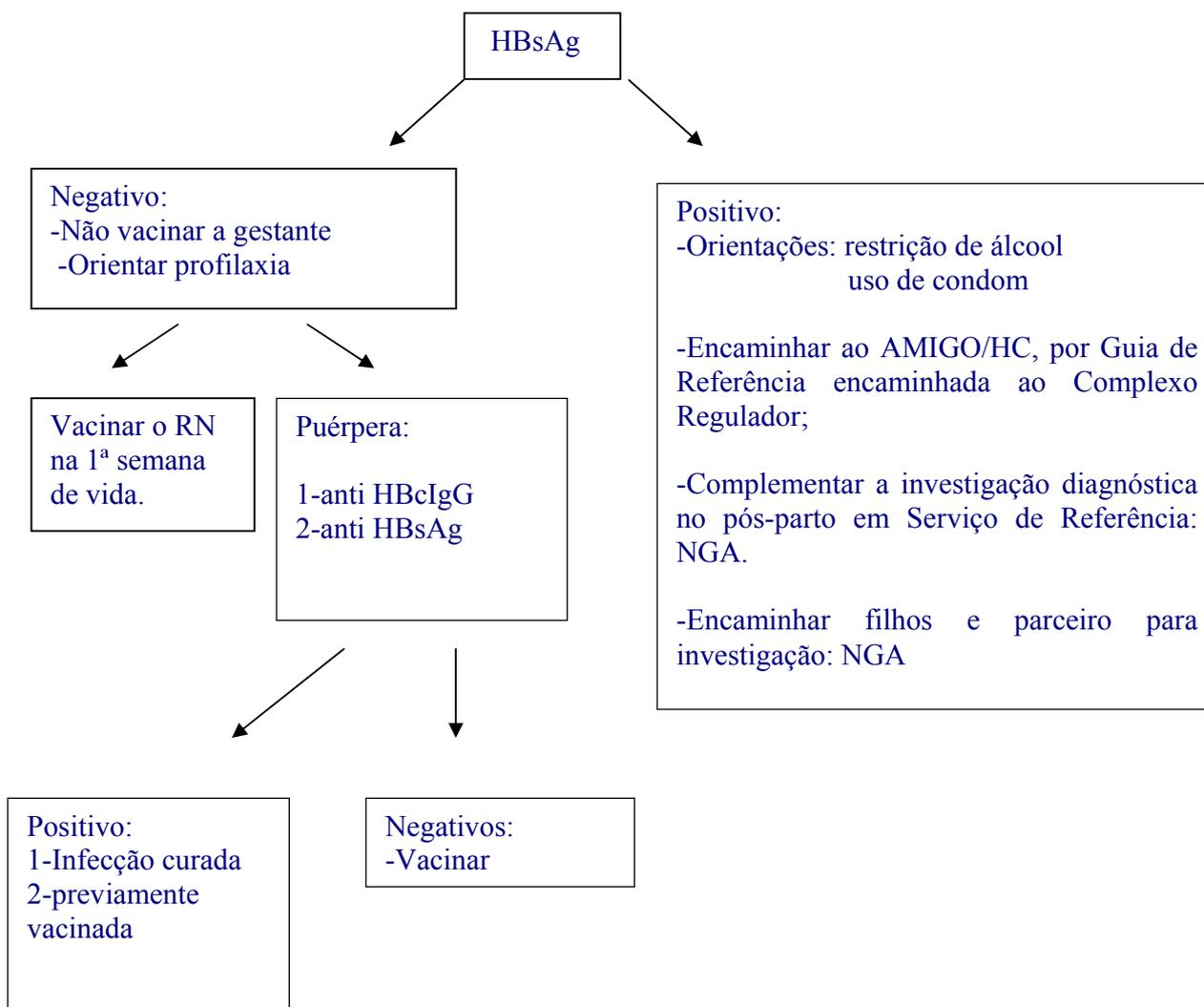
- Beber somente **água filtrada**,
- **Lavar bem** frutas e vegetais,
- **Evitar contato** com animais em especial os gatos,

pois eles podem ser portadores do toxoplasma,

- **Não mexer em terra:** jardim ou caixas de areia, pois os animais defecam nestes locais
- **Repetir a sorologia** durante a gravidez para detectar infecções sem sintomas.

14- HEPATITE B

Fluxograma de conduta para Hepatite B na gestação



Obs.: Os RNs de mães HBsAG positivo recebem imunoglobulina imediatamente após o parto. A imunoglobulina só está disponível no HCRP, por isso toda gestante com hepatite B deve realizar pré-natal e parto naquele serviço .

Os RNs recebem nas Maternidades a 1ª dose da vacina contra Hepatite B até 12 horas do nascimento.

ORIENTAÇÕES PARA GESTANTES PORTADORAS DO VÍRUS DA HEPATITE B

1- O que é Hepatite B?

É uma infecção causada por um vírus que atinge o fígado.

2-Como se adquire o vírus B?

Através de transfusão de sangue contaminado, uso de drogas endovenosas e relação sexual com parceiro contaminado, portanto, é uma DST. Também pode ser transmitido da mãe para o bebê: transmissão vertical.

3- É importante saber se a gestante tem o vírus B?

É muito importante que antes de engravidar ou que imediatamente após o diagnóstico de gravidez seja realizada a sorologia (exame de sangue) para Hepatite B (HBsAg). Se a gestante for portadora do vírus B (HBsAg positivo) ela deverá realizar o pré-natal no AMIGO e ao nascer o bebê tem que receber a vacina e a imunoglobulina para o vírus B. Se a gestante não apresentar o vírus (HBsAg negativo), o bebê receberá a vacina para Hepatite B ao nascimento.

4- Quais os cuidados durante a gestação para as portadoras do vírus B?

- Realizar exames para avaliar o funcionamento do fígado durante a gravidez
- Ser orientadas a NUNCA INGERIR bebidas alcoólicas
- Evitar exames como a retirada de líquido amniótico (amniocentese) ou punção do cordão umbilical (cordocentese)
- Para evitar a transmissão vertical, ao nascimento a criança **precisa** receber: vacina e imunoglobulina (anticorpos contra vírus B)
- Até o momento não existem benefícios do uso de medicamentos durante a gestação para diminuir a transmissão vertical

5- Se a gestante tiver o vírus B o parto pode ser normal?

Sim, o tipo de parto não aumenta a transmissão do vírus B para o bebê, entretanto alguns cuidados são fundamentais durante o trabalho de parto e parto, como evitar o corte na vagina para aumentar o canal de parto (episiotomia), evitar instrumentos como o fórcepe, o cordão umbilical será fechado rapidamente e o bebê será atendido por pediatra experiente e cuidadoso para limpar os líquidos da mãe, que podem conter o vírus, do nariz e a boca do recém-nascido.

6- Se a gestante tiver o vírus B ela poderá amamentar?

Sim, a amamentação não aumenta a transmissão do vírus B para o bebê

7- Se a Hepatite B é uma Doença Sexualmente Transmissível, o que deve ser orientado ao parceiro da gestante?

O parceiro deverá realizar a sorologia para verificar se tem ou se já teve contato com o vírus B, através de vacina ou doença. Se estes exames forem negativos, ele será vacinado para Hepatite B e deverá utilizar preservativo em todas as relações sexuais até a resposta para a vacina ser avaliada (formar anticorpos de defesa). Se qualquer destes marcadores for positivo não há indicação para vacina. Os filhos dessa paciente também devem ser investigados.

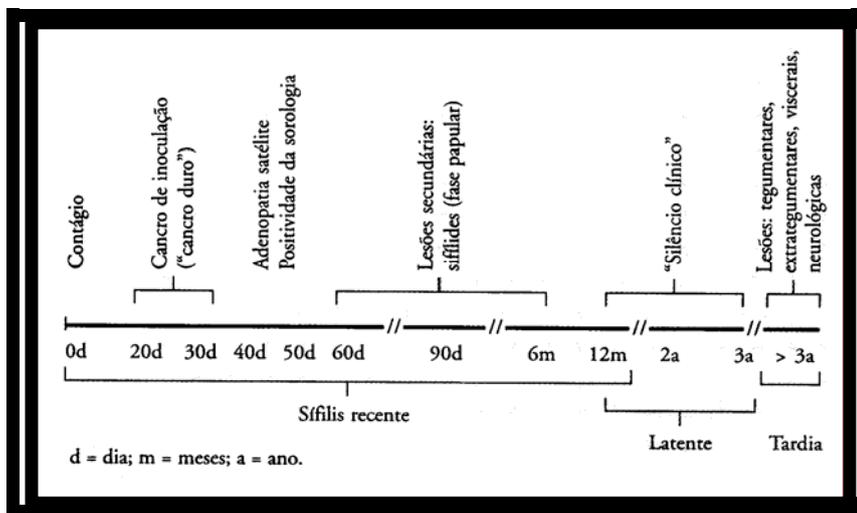
15- Sífilis na gestação

A transmissão vertical da sífilis pode resultar em aborto, óbito fetal, morte neonatal e recém-nascido com sífilis congênita. A triagem diagnóstica é feita com VDRL, que é um exame muito sensível e pouco

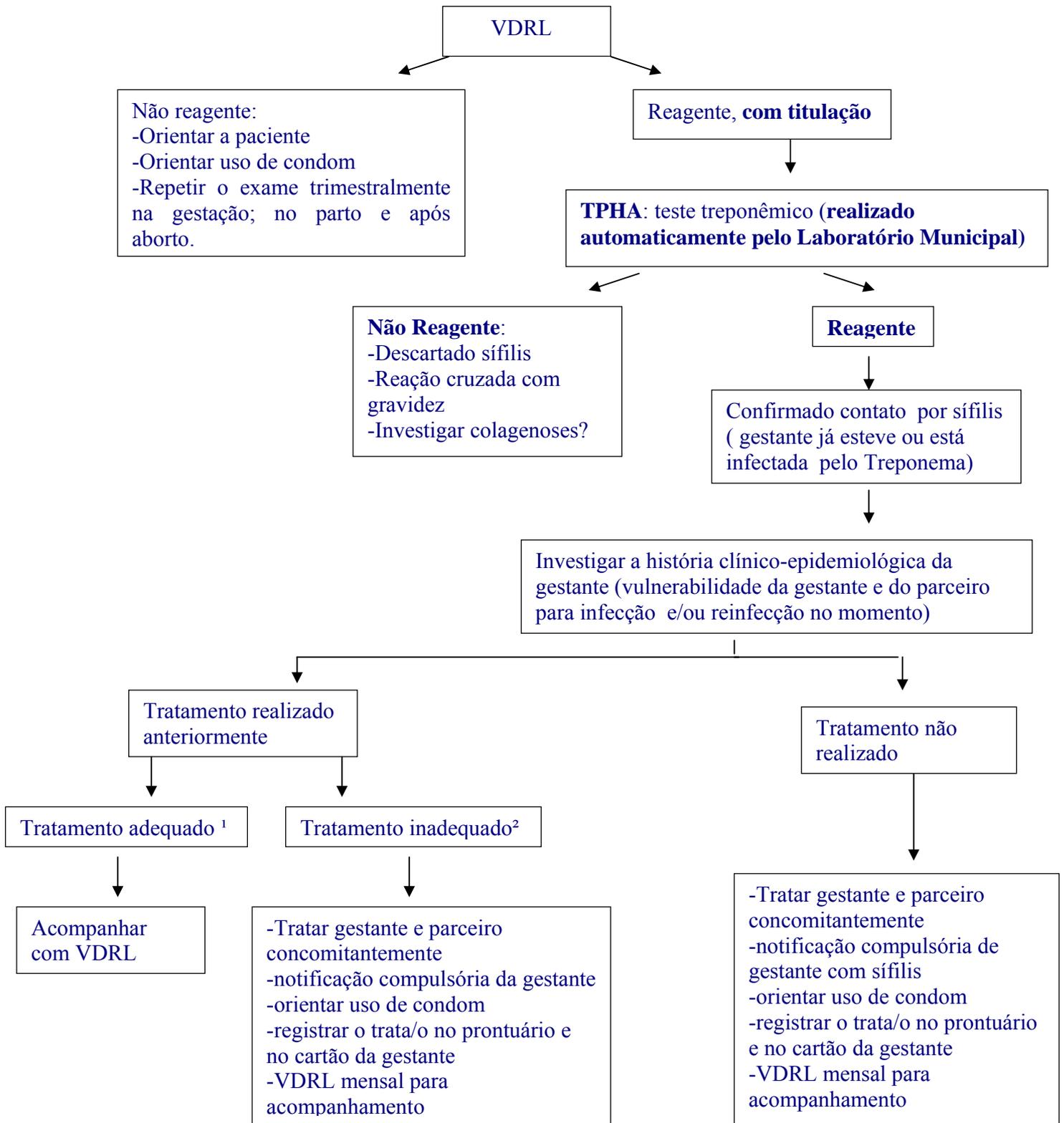
específico, que pode ter reação cruzada com algumas doenças como mononucleose, citomegalovírus, doença de Chagas e com antígenos da própria gravidez. Por esse motivo, recomenda-se a realização de um teste confirmatório. Os mais utilizados com essa finalidade são: FTA abs IgM, TPHA e ELISA. Na PMRP, todo exame de VDRL positivo, automaticamente o laboratório realiza TPHA. Por se tratar de DST, recomenda-se a investigação de outras DSTs

Classificação da Sífilis

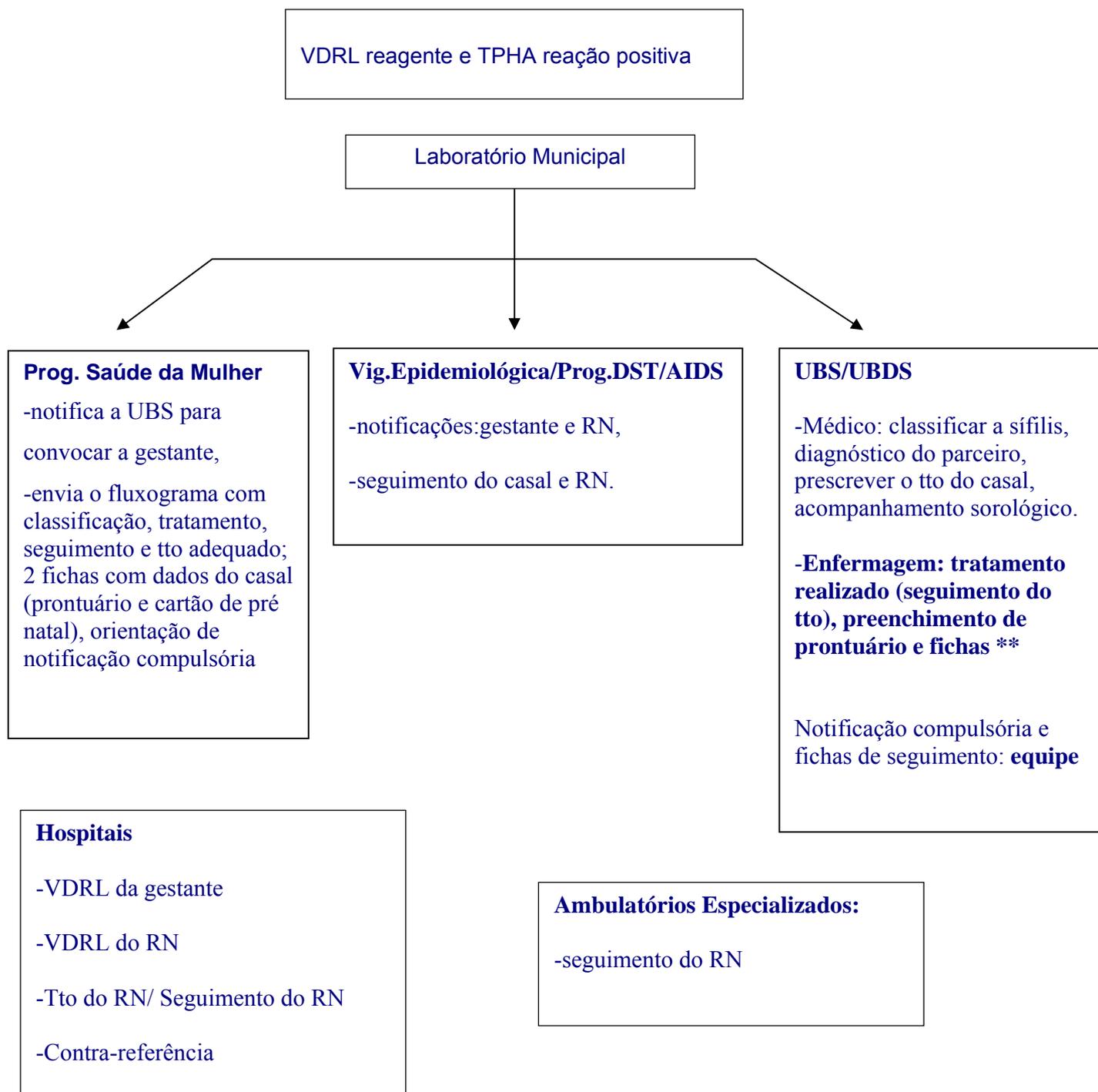
Sífilis	Tempo de evolução	Fase
Adquirida recente	< 1 ano	primária, secundária e latente recente
Adquirida tardia	> 1 ano	latente tardia e terciária
Congênita recente	diagnóstico até o 2º ano de vida	
Congênita tardia	diagnóstico após o 2º ano de vida	



Fluxograma de conduta: sífilis na gestação



Fluxograma



** Imediatamente após a consulta médica onde houve prescrição do tratamento a gestante deverá ter uma consulta agendada com a Enfermeira de acordo com a prescrição: semanal, por 2 ou 3 semanas onde após a realização do medicamento a enfermeira anotar no prontuário do casal e na ficha da gestante, garantindo o tratamento e a busca ativa em casos de falta.

Tratamento:

Sífilis recente: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular, repetir após 1 semana: dose total de 4,8 milhões UI.

Sífilis latente tardia, terciária ou com evolução por tempo indeterminado: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal por 3 semanas: dose total de 7,2 milhões UI.

Na impossibilidade ou dúvida quanto à classificação evolutiva da sífilis na gestação SEMPRE CONSIDERAR COMO SÍFILIS TARDIA E TRATAR COM 3 DOSES SEMANAIS DE PENICILINA BENZATINA 2,4 MILHÕES UI CADA DOSE(total 7200 000UI)

1.Tratamento adequado:

-é todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. Sem risco de que a paciente tenha se reinfectado.

2.Tratamento inadequado para sífilis materna:

-é todo 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
-instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto;ou
-ausência de documentação de tratamento anterior da gestante e do parceiro; ou
-ausência de queda dos títulos (VDRL) após tratamento adequado; ou
-parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o tratamento.

Quando o tratamento da mãe é inadequado, independente do resultado do VDRL dela ou do recém-nascido, este necessitará ser submetido a vários exames: punção líquórica, hemograma, RX de ossos longos, e outros exames quando clinicamente indicados. Isto resultará na necessidade de notificação compulsória de sífilis congênita (um indicador de qualidade de assistência à saúde), em um maior tempo de internação para o RN, que será submetido a exames invasivos, uso de medicamentos por no mínimo 15 dias (via endovenosa ou muscular), seguimento ambulatorial prolongado com acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por 2 anos, além de sequelas muito graves.

Portanto é obrigatório o registro no prontuário e no cartão de pré-natal da gestante (anexar), com letra legível:

- resultado das sorologias com datas,**
- tratamento instituído para o casal: com droga, doses e datas das injeções,**
- seguimento sorológico (títulos de VDRL), com as datas dos exames.**

Seguimento: VDRL mensal: títulos (Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério, do Ministério da Saúde, 2006).

Cura: queda nos títulos de VDRL: 2 diluições ou diminuição de 4 vezes os títulos, por ex: de 1/8 para 1/2 ou de 1/128 para 1/32.

Interpretação do VDRL:

O resultado do VDRL é descrito qualitativamente (“reagente”, “não reagente”) e quantitativamente (titulações tais como 1:2, 1:32 etc). Mesmo sem tratamento, o teste apresenta queda progressiva dos títulos ao longo de vários anos; com a instituição do tratamento há queda tendendo à negatificação, podendo, porém, se manter reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção (“memória imunológica”). Na sífilis recente, o tempo para negatificação dos testes de cardiolipina após tratamento eficaz é tanto mais demorado quanto maior a duração da infecção ou mais elevados forem os títulos no início do tratamento. Na sífilis primária ou secundária, os títulos caem de forma exponencial, em geral cerca de quatro vezes ou dois títulos ao fim dos primeiros três meses, e de oito vezes ou quatro títulos ao fim de seis meses, negativando-se em cerca de um ano para sífilis primária tratada e em dois anos para a secundária. Títulos persistentemente positivos, mesmo após tratamento adequado, podem, no entanto, significar infecção persistente ou re-exposição, especialmente se os títulos forem superiores a 1:4.

Código Penal Atualizado - Decreto-Lei 2848 , DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.

TÍTULO II

DO CRIME

Relação de causalidade (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. **Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.** (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Superveniência de causa independente (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 1º - A superveniência de causa relativamente independente exclui a imputação quando, por si só, produziu o resultado; os fatos anteriores, entretanto, imputam-se a quem os praticou. (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Relevância da omissão (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 2º - A omissão é penalmente relevante **quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:**(Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

a) **tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;** (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

b) **de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado;** (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

c) **com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.** (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

PARTE ESPECIAL

TÍTULO I DOS CRIMES CONTRA A PESSOA

CAPÍTULO III

DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

Perigo de contágio venéreo

Art. 130 - Expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se é intenção do agente transmitir a moléstia:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

§ 2º - Somente se procede mediante representação.

Perigo de contágio de moléstia grave

Art. 131 - Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

Perigo para a vida ou saúde de outrem

Art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:

Pena - detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

A equipe de Saúde não pode ser omissa na condução desses casos, isto implica no envolvimento da Enfermagem, médico, Vigilância Epidemiológica com um trabalho exaustivo e **com anotação em prontuário** de todas as informações fornecidas ao casal, do trabalho realizado e das dificuldades encontradas. Quando a gestante e/ou seu(s) parceiro(s) se recusam a realizar o tratamento ou o seguimento proposto neste protocolo deverão ser reorientados da implicância de seus atos, para o casal e para o feto e que a não realização do tratamento fere os artigos 131, 132 e 133 do Código Penal.

As anotações em prontuário são imprescindíveis, pois isto nos protege (toda a equipe de saúde) da omissão, também prevista no Código Penal.

Se todas as abordagens com o casal forem infrutíferas um membro da equipe de saúde deve realizar um relatório ao Conselho Tutelar, com o nome completo da gestante, endereço atualizado, telefone, se possível, relatando que trata-se de gestante e /ou parceiro com doença (sífilis) que tem tratamento, com droga disponível nas nossas Unidades de Saúde e a não utilização desta (pela recusa da gestante) coloca a saúde do feto em risco. O Conselho Tutelar poderá reportar o caso ao Juiz da Vara da Infância e Juventude, para as ações pertinentes.

16-OBESIDADE E GESTAÇÃO:

O início da gestação com sobrepeso ou o excessivo ganho de peso durante esse período são fatores de risco para complicações como diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, distócias de parto, infecções e hemorragias puerperais, assim como aumento das taxas de mortalidade fetal e defeitos de fechamento de tubo-neural . Outro aspecto a ser considerado é que cerca de 45% das mulheres obesas no mundo ganharam peso durante a gravidez e não se recuperaram após a mesma. O adequado controle de peso durante a gestação se faz obrigatório.

Em Ribeirão Preto, segundo recente pesquisa da SMS 22,27% das gestantes estão em sobrepeso e 14,71% são obesas. Em condições de eutrofia, o ganho de peso gestacional normal deve ser de 10 a 12 Kg . Para as pacientes com sobrepeso ou obesas o ganho ideal deve ser entre 6 a 7 Kg. Além dos exames de rotina do pré-natal, para as gestantes com diagnóstico de sobrepeso/obesidade preconiza-se a realização de TSH e lipidograma(é freqüentemente a associação de obesidade x hipotireoidismo e/ou dislipidemia).

O diagnóstico de sobrepeso/obesidade é feito através do cálculo do IMC:

$IMC \text{ pré-gestacional} = \text{peso pré-gestacional(KG)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$

A Organização Mundial de Saúde usa um critério simples:

CONDIÇÃO	IMC EM ADULTOS
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Peso normal	Entre 18,5 e 25
Acima do peso	Entre 25 e 30
Obeso	Acima de 30

De acordo com o estado nutricional pré-gestacional, o ideal para a gestante durante o pré-natal é que o ganho de peso siga os seguintes critérios:

IMC	GANHO TOTAL DE PESO-KG	GANHO NO PRIMEIRO TRIMESTRE-KG	GANHO SEMANAL 2° E 3° TRIM- KG
Abaixo peso	12,5-18	2,3	0,49
Peso normal	11,5-16	1,6	0,44
Acima do peso	7-11,5	0,9	0,3
Obesa	6		

-Orientar dieta nutricional:

-dieta de 25 a 40 Kcal/Kg de peso ideal/ dia, dependendo do IMC. Obesas: com IMC > 29 Kg/m², dieta até 30 Kcal Kg/dia;

-composição: 25% de proteínas, 45% de glicídios (de absorção lenta) e 30% gordura (insaturada), podendo ser reajustada de acordo com a condição sócio-econômica da gestante.

-fracionar a dieta: 6 refeições/dia.

As pacientes com quadro de sobrepeso e obesidade leve serão seguidas na UBS enquanto as pacientes com obesidade moderada e grave serão atendidas no Centro de Referência à Saúde da Mulher- MATER e as obesas mórbidas serão seguidas no HC.

Uma dieta de 2000 calorias/dia está disponível e pode ser adequada, individualizando-a para cada paciente. Se necessário, pode ser impressa a partir do Hygia Web e entregue a paciente.

Dieta de 2000 calorias

Nome:

Refeições	Quantidade	Substituições
Café da Manhã		
leite	1 copo	Grupo H
Pão	1 unidade	Grupo F
Margarina	1 colher (chá)	Manteiga, requeijão
Café com adoçante	à vontade	Chá ou limonada
Lanche da manhã		
Fruta	1 porção	Grupo G
Almoço / Jantar		
Arroz	5 colheres (sopa)	Grupo B
Feijão	3 colheres (sopa)	Grupo D
Carne magra	1 porção	Grupo E
Legumes	1 porção	Grupo C
Salada	1 porção	Grupo A
Sobremesa	1 fruta	Grupo G
Lanche da Tarde		
Fruta	1 porção	Grupo G
Leite	1 copo	Grupo H
Pão	1 unidade	Grupo F
Margarina	1 colher (chá)	Manteiga, requeijão
Lanche da noite		
Chá com adoçante	à vontade	Café ou limonada

Lista de Substituições

Grupo A			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Alface	1 prato de mesa	Couve flor	1 pires de chá
Agrião	1 prato de mesa	Escarola	1 prato de mesa
Aspargo	1 prato sobremesa	Espinafre	1 prato sobremesa
Berinjela	1/2 unidade	Pepino	1 unid. tam. médio
Beterraba	1/2 unidade	Rabanete	5 unid. tam. médio
Brócoli	1 pires de chá	Repolho	1 prato sobremesa
Couve	1 pires de chá	Tomate	2 unid. tam. pequeno

Grupo B			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Arroz	5 colheres (sopa)	Macarrão	5 colheres (sopa)
Batata inglesa	2 1/2 unid. grande	Mandioca	2 1/2 pedaços peq.
Batata doce	2 unid. médias	Mandioquinha	2 1/2 unid. tam. peq.
Farinha mesa	5 colheres (sopa)	Pão	1 1/2 pãozinho

Grupo C			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Abóbora	1 pires de chá	Ervilha enlat.	3 colheres (sopa)
Abobrinha	1 prato sobremesa	Palmito enlat.	1 prato sobremesa
Alho poró	1 unid. tam. médio	Pimentão	2 unid. tam. médio
Cenoura	1 unid. tam. médio	Quiabo	1 pires de café
Chuchu	1/2 unid. tam. médio	Vagem	1 pires de café

Grupo D			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Ervilha seca	3 colheres (sopa)	Grão de bico	3 colheres (sopa)
Feijão	3 colheres (sopa)	Lentilha	3 colheres (sopa)

Grupo E			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Carne de vaca	1 bife médio 100g	Filé de frango	1 pedaço médio
Carne de porco	1 pedaço médio 100 g	Filé de Peixe	1 pedaço médio
Carne seca	1 porção	Hamburger	1 unidade
Coração	1 porção	Músculo	1 porção média
Coxa de frango	1 unid. sem pele	Ovo	1 unidade
Dobradinha	1 pires de chá	Salsicha	2 unid. tam. médio
Fígado	1 bife grande	Sardinha enlat.	2 unid. tam. pequeno

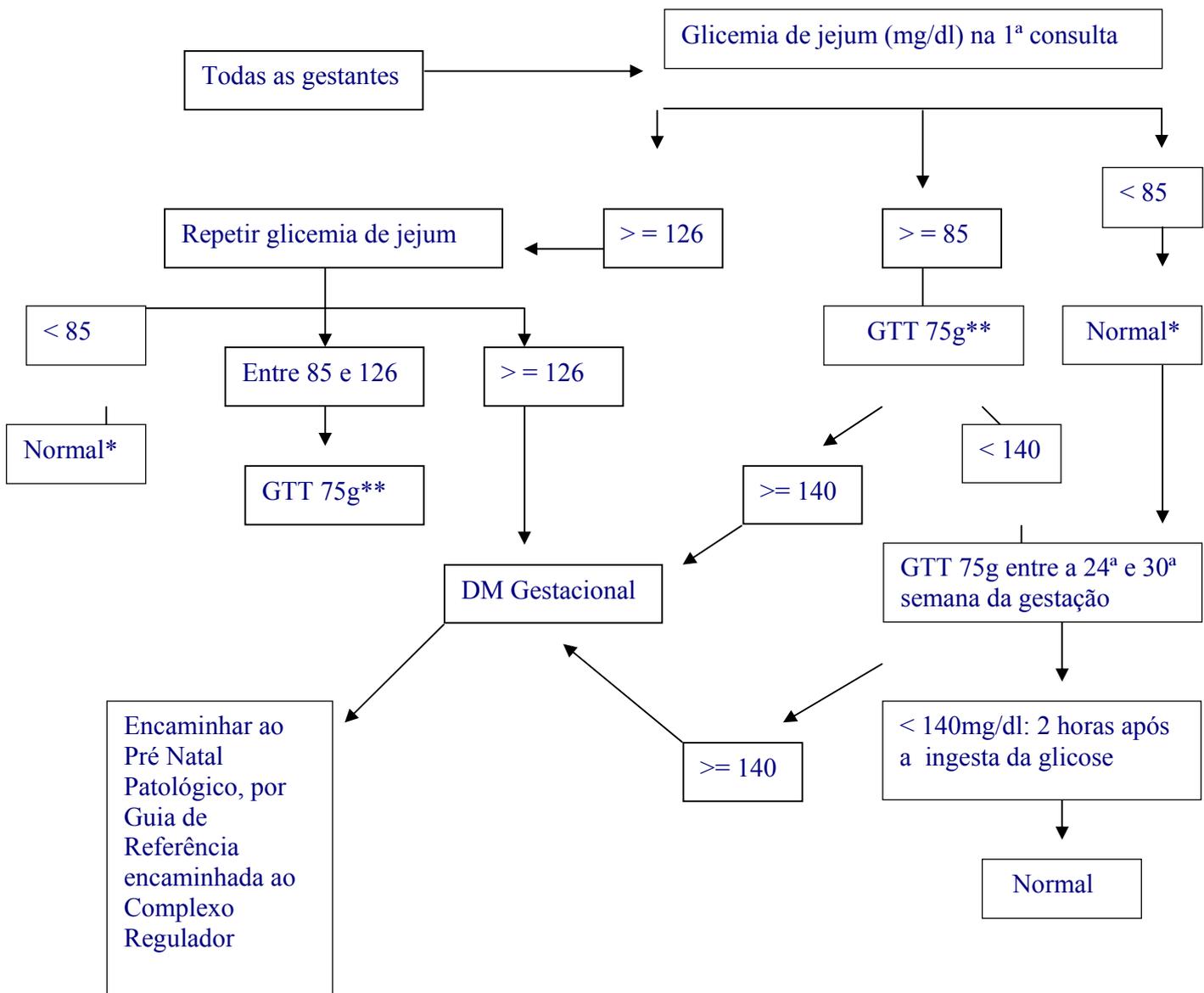
Grupo F			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Bolacha salgada	4 unidades	Pão de forma	2 fatias
Pão	1 pãozinho	Torrada	4 fatias

Grupo G			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Abacate	1 colher cheia (sopa)	Maçã	1/2 unid. tam. médio
Abacaxi	1 fatia tam. médio	Mamão	1 fatia tam. médio
Ameixa verm.	2 unid. tam. médio	Maracujá	1 unid. tam. grande
Banana-maçã	1 unid. tam. médio	Melancia	1 fatia tam. grande
Banana-nanica	1 unid. tam. pequeno	Melão	1 fatia tam. grande
Caju	2 unid. tam. médio	Morango	8 unidades
Figo	1 unid. tam. médio	Pêra	1/2 unidade
Goiaba	1 unid. tam. pequeno	Pêssego	1 unid. tam. grande
Jaboticaba	2 pires de chá	Tangerina	1 unid. tam. médio
Laranja	1 unid. tam. médio	Uva	12 unidades

Grupo H			
Alimento	Medida	Alimento	Medida
Coalhada	1 copo (200 ml)	Leite em pó	1 colher (sopa)
Iogurte natural	1 copo (200 ml)	Leite pó desnat.	2 colheres (sopa)
Leite integral	1 copo (200 ml)	Queijo	1 fatia média
Leite desnatado	1 1/2 copo (300 ml)	Ricota	1 fatia grande

17- DIABETES E GESTAÇÃO

Fluxograma para diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional



GTT 75g: Jejum < 126

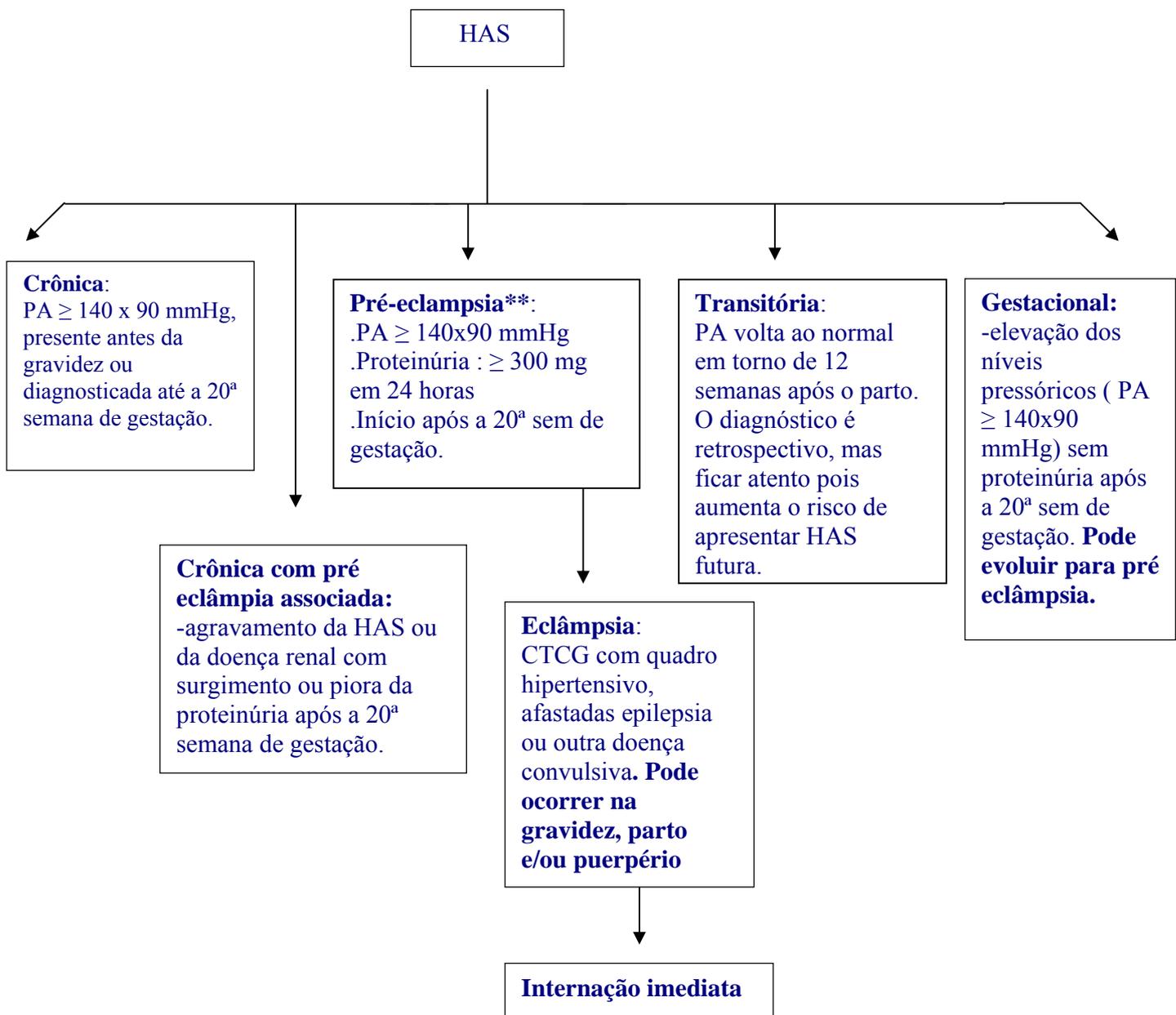
2ª hora < 140

Positivo se qualquer um dos valores acima alterados.

Quando encaminhar a gestante ao PRÉ-NATAL PATOLÓGICO, a UBS deve continuar o seguimento na Unidade (consultas com ginecologista até iniciar o seguimento no hospital e após, checar periodicamente se seguimento correto naquele Serviço).

18-HIPERTENSÃO E GESTAÇÃO

Fluxograma para HAS na gestação



*Os casos de HAS na gravidez devem ser encaminhados ao Pré Natal Patológico.

**PA \geq 140/90 mmHg: necessárias duas aferições, a última após repouso, descartados artefatos de aferição e ansiedade materna.

*** nas pacientes obesas, usar esfigmo específico

Proteinúria: \geq 300mg em urina de 24 horas, na ausência de infecção urinária;
 \geq 300 mg/litro em amostra isolada de urina;
uma cruz (+) em urina tipo I.

Encaminhar ao Pré Natal Patológico HCRP-USP como **prioridade** (por Guia de Referência, devidamente preenchida que será encaminhada ao Complexo Regulador para agendamento):

.a Hipertensão Arterial é a principal causa de mortalidade materna e perinatal no Brasil.

.o quadro clínico de alguns dos processos hipertensivos gestacionais são evolutivos.

.no seguimento obstétrico há necessidade da realização de exames para a avaliação da vitalidade fetal: cardiocografia, ecografia (biometria fetal, perfil biofísico fetal, dopplervelocimetria), bem como avaliação da placenta e do volume do líquido amniótico.

-Orientar **dieta hipossódica** ($<$ 2,4 g/ dia: tampa da caneta “BIC”): **somente para as gestantes com HAS crônica**; com quantidade reduzida de gorduras.

-Repouso em DLE: decúbito lateral esquerdo, pelo menos 2 horas durante o período de vigília.

-Controle de PA, orientações quanto aos sintomas de elevação dos níveis pressóricos: PA diastólica $>$ 110 mmHg, escotomas (distúrbios visuais), cefaléia persistente, náuseas e/ou vômitos, alteração de comportamento, dor abdominal (epigástrica/ hipocôndrio direito).

-Retornos individualizados, com maior frequência até iniciar o seguimento no HC, após é importante manter o monitoramento da paciente pela Unidade.

Para as pacientes com HAC, hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia leve pode ser usado Metildopa, sendo a dose inicial preconizada de 750mg, podendo-se aumentar até 2,0g por dia. Os betabloqueadores também podem ser usados.

-Suspender inibidor da ECA (Enalapril, Captopril)

-Se a paciente já utilizava diurético por cardiopatia ou nefropatia, adequar para furosemida. Se usuária de diurético por HAS, trocar por anti-hipertensivo adequado à gestação.

19-Urgência hipertensiva:

- PA diastólica > 110 mmHg (mantida após repouso)
- Distúrbios visuais(turvação visual, escotomas)
- Cefaléia
- Alterações do comportamento
- Dor abdominal(epigastralgia e/ou dor hipocôndrio direito)
- Vertigem
- Vômitos
- Dispnéia
- Precordialgia

Conduta:

- Sondagem vesical de demora
- Acesso venoso calibroso
- Máscara de Oxigênio com reservatório (5 litros/ minuto).
- Manter paciente em DLE ou cabeceira elevada
- Medicações utilizadas:

-Hidralazina: 1 ampola = 20 mg

Diluir **1 ampola em 19 ml de SF ou AD, injetar 5 mg (ou 5 ml) EV** a cada 20 minutos até a dose total de 20 mg (obviamente antes de fazer nova injeção aferir a PA) **ou diluir 1 ampola em 9 ml de SF ou AD e injetar 2,5 ml EV a cada 20 minutos.**

-Nifedipina: 10 mg VO a cada 30 minutos até um máximo de 30 mg. **O uso sublingual é contra-indicado. Atentar para não fazer Retard, pois é necessário efeito imediato.**

-Alfametildopa e betabloqueadores não são indicados para emergência pois o tempo para início de ação é de 4 a 6 horas.

-Inibidores de ECA (enzima conversora de angiotensina): Captopril, Enalapril: não devem ser usados pois são associados com malformações e morte fetal.

- Diuréticos não devem ser usados pois podem causar hipofluxo placentário e sofrimento fetal.

ATENÇÃO: manter PA diastólica entre 90 a 100 mmHg, não reduzir para níveis inferiores para não comprometer o fluxo placentário.

A eclâmpsia, definida como o surgimento de convulsão tônico-clônica em gestantes com pré-eclâmpsia, foi a principal causa de mortalidade materna em todo mundo e continua sendo uma das complicações obstétricas mais graves em nosso meio

As pacientes com esse quadro necessitam de hospitalização imediata através da Regulação Médica. A droga de escolha para a urgência hipertensiva sintomática (risco iminente de Eclâmpsia) é o sulfato de magnésio, disponível na rede. Essa droga necessita de controle rigoroso quando utilizado, pois tem elevado risco de levar a parada cardio-respiratória. Quando utilizá-lo, imprescindível manter seu antídoto (gluconato de cálcio 10%) ao lado do leito. Além da prevenção ou tratamento da crise convulsiva, deve-se usar drogas anti-hipertensivas, preferencialmente injetável (Hidralazina) .

Para a administração do sulfato de magnésio, o esquema recomendado é o de Pritchard, que preconiza dose de ataque de Sulfato de Magnésio de 4 g intravascular e 10 g intra-muscular. A dose de manutenção é de 5g intra-muscular a cada 4 horas e provavelmente será realizada em ambiente intra-hospitalar, pois nesses casos recomenda-se regulação imediata da paciente para serviço de gravidez de alto-risco.

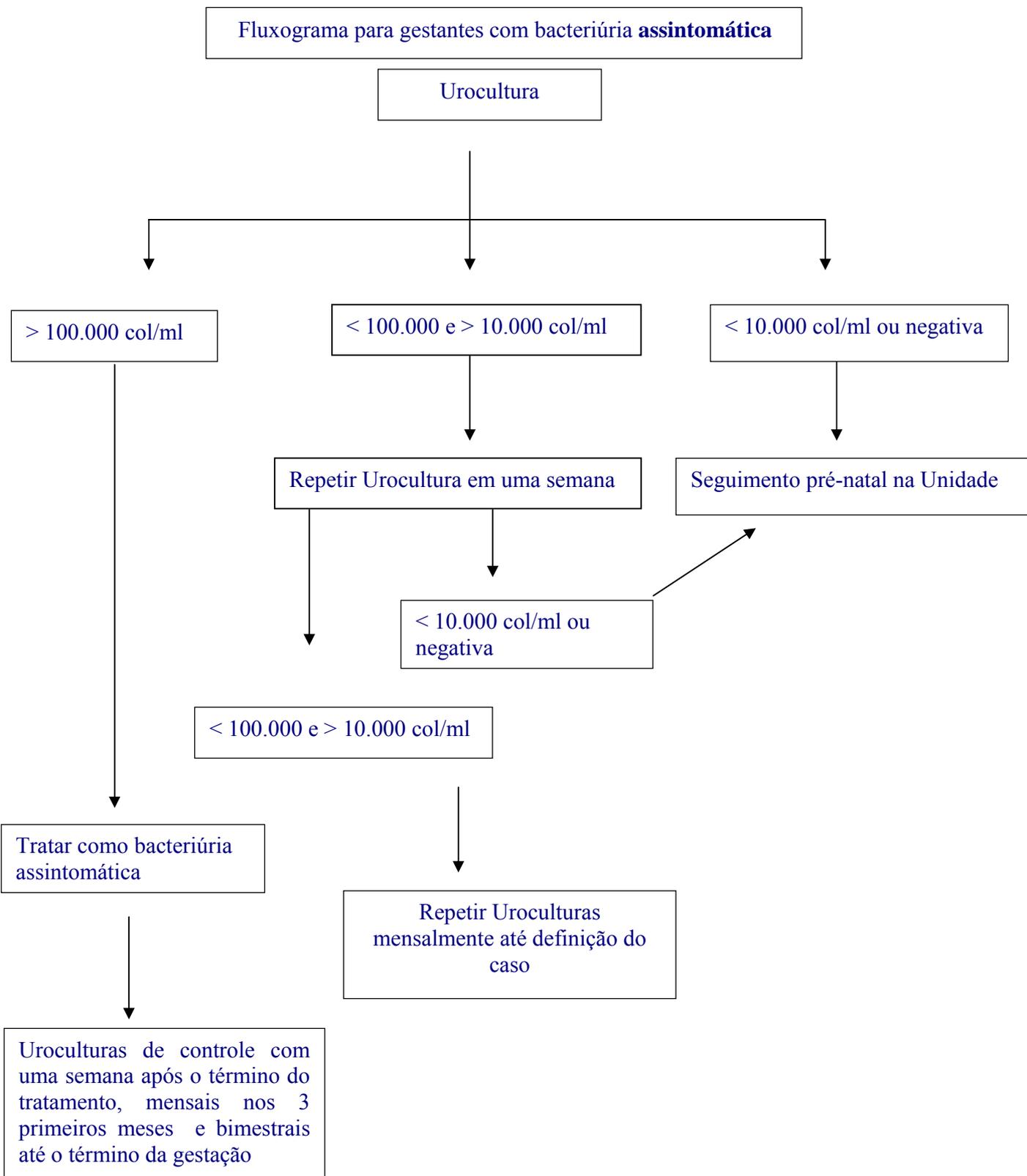
Na SMS o sulfato disponível é a 50%, ou seja, uma ampola de 20 ml contém 10g de sulfato. Deve-se diluir 8 ml de sulfato de magnésio a 50% em 12 ml de água destilada e administrar endovenoso lentamente, em pelo menos 10 minutos. Concomitantemente, deve-se realizar sondagem vesical de demora. A administração do sulfato deve ser feita pelo médico ou pela enfermeira do plantão. Durante esse período o médico deverá permanecer ao lado da paciente avaliando a cada 5 minutos PA, freqüências cardíaca e respiratória, BCF, reflexos e nível de consciência. Alteração em qualquer um desses parâmetros sinalizam a suspensão imediata da medicação. Frente à hiporreflexia(reflexo patelar diminuído ou abolido), oligúria(diurese maior ou igual a 25ml/h) ou dispnéia(freqüência respiratória menor ou igual 16 ipm), o diagnóstico de intoxicação por sulfato de magnésio é a principal hipótese e o uso de 1g de gluconato de cálcio a 10%- 10ml, deve ser imediatamente administrado para evitar parada cardio-respiratória.

Após a dose endovenosa, inicia-se a administração intramuscular de 10 ml de sulfato de magnésio 50%(5g) em cada nádega. As doses intramusculares devem ser acrescidas de 1 ml de lidocaína a 2% na tentativa de diminuir a dor e reações locais.

O controle clínico previamente realizado durante a dose de ataque passa a ser realizado a cada 20 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos após.

A dose de manutenção é de 5g intramuscular a cada 4 horas (10 ml de sulfato de magnésio- 50%), mas neste momento a paciente deverá estar em ambiente intra-hospitalar.

20- BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA



Tratamento de Bacteriúria Assintomática na gestante: **sempre que possível, seguir antibiograma.**

Tratamento de Infecção Urinária Sintomática na gestante:

-1ª Opção: Cefuroxima 250mg via oral de 8 em 8 horas por 7 dias;

-2ª Opção: Norfloxacin 400mg via oral de 12 em 12 horas por 7 dias;

*-3ª Opção: Cefalexina 500mg via oral de 6 em 6 horas por 7 a 10 dias;

*-4ª Opção: Amoxicilina 500mg via oral de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias;

*-5ª Opção: Ampicilina 500mg via oral de 6 em 6 horas por 7 a 10 dias.

Os antimicrobianos que estão com asterisco apresentam quase 40% de resistência aos microrganismos Gram-negativos.* Na realidade, para infecção urinária, devem ser utilizados apenas **com base no antibiograma.**

Na relação de antibacterianos atualmente disponíveis nas farmácias de todas as Unidades de Saúde de nosso município temos a Amoxicilina, a Cefalexina, a Norfloxacin e a Sulfametoxazol + Trimetoprima (evitar no 3º trimestre da gestação).

*Em 2002, pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC/FMRP-USP) avaliou as taxas de sensibilidade bacteriana de amostras urinárias de gestantes com diagnóstico de ITU. Concluiu-se que, naquela comunidade, as menores taxa de resistência foram observadas com utilização dos aminoglicosídeos, cefalosporinas de terceira geração, cefuroxima, quinolonas mono e bifluoradas e nitrofurantoína. Por sua vez, a ampicilina, cefalotina, cefalexina e amoxicilina (antimicrobianos largamente utilizados para tratamento de ITU em gestantes no passado) apresentaram taxas de resistência acima de 40%, inviabilizando o seu uso para esta situação na atualidade (extraído da RBGO. 2008; 30(2):93-100. Infecção urinária na gravidez)., exceto quando amparado pelo antibiograma.

21 – ITU NA GRAVIDEZ

Fluxograma para gestantes com infecção urinária **sintomática**

Sintomas urinários

Paciente sintomática:
Disúria, polaciúria,
urgência miccional,
sensação de plenitude
vesical.

Se possível
colher Uri e
Uro antes
de iniciar
tratamento

Melhora (48 horas)

Sim

Não

Avaliar sensibilidade do
germe pelo antibiograma

Sensível

Intermediária

Manter terapia

Adequar a dose do
antibiótico

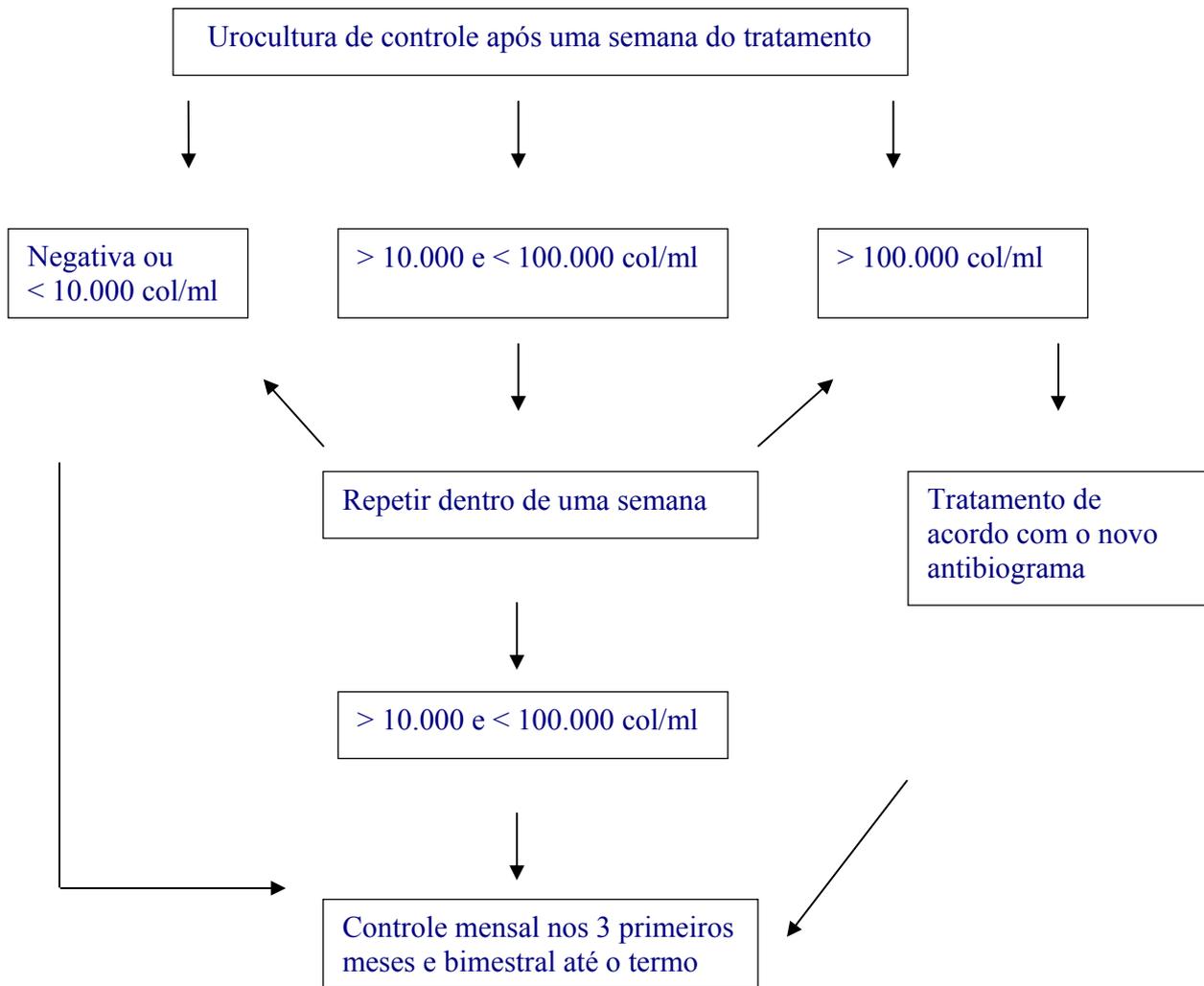
Adequar antibiótico

Urocultura de controle após uma semana do tratamento
(vide a próxima página)

Pielonefrite aguda:
Febre alta, calafrios, Giordano
positivo (dor lombar a punho
percussão), queda do estado
geral.

Internação, via Regulação Médica
para tratamento hospitalar
Manter acesso venoso
Se necessário usar anti-têrmicos,
anti-térmicos, corrigir
hipoglicemia e hidratar paciente
enquanto aguarda regulação
médica

Se após a alta a gestante retornar à
Unidade Básica, encaminhá-la ao
AGAR-HC.



22- ITU DE REPETIÇÃO

ITU de repetição na gravidez: 2 ou mais episódios

-US de vias urinárias
-função renal

Exames normais

Exame(s) alterado(s)

-Pré Natal no Centro de referência-Mater,
-Iniciar antibiótico profilático:
Nitrofurantoína 100mg/ dia **até 36 semanas de gestação (suspender próximo ao termo** devido ao risco de hiperbilirrubinemia neonatal)

-Encaminhar ao AGAR-HC
-Iniciar antibiótico profilático:
Nitrofurantoína 100mg/ dia

23- PUERPÉRIO

- Roteiro para consulta de enfermagem

Após o parto, as puérperas e RNs retornarão à unidade em que realizaram o pré-natal na primeira semana pós-parto para consulta com o enfermeiro e no prazo de 30 a 35 dias para revisão puerperal e oferecimento do Planejamento Familiar com o profissional médico.

Estas consultas são agendadas pelas maternidades antes da alta hospitalar (Mater, Santa Casa e HC Campus) por profissionais do Programa da Saúde da Criança – Projeto Floresce uma vida, através de um sistema informatizado: Sistema Hygia web).

A adequação das agendas das unidades para diferentes atendimentos, com siglas específicas garante o agendamento com profissional enfermeiro e médico GO nos prazos preconizados assegurando melhor qualidade da assistência ao binômio mãe – filho. Mediante situações/intercorrências identificadas no parto com a mãe e/ou RN as unidades são informadas por estas funcionárias, através de contato telefônico para que visitas domiciliares sejam programadas assim que, a puérpera chegar ao domicílio para planejar assistência à família o mais precocemente possível.

- Consulta do enfermeiro (7 a 10 dias pós-parto):

- Conversar sobre o parto atendo-se às informações que forem necessárias (tipo de parto, intercorrências, etc)

- Identificar durante a consulta de enfermagem: estado geral, uso de medicações, observar lóquios (cor, odor, quantidade);

- Episiorrafia ou incisão cirúrgica – observar as condições; sinais de infecção puerperal;

- Avaliar função intestinal e urinária;

- Avaliar o estado emocional da mulher.

- Verificação de sinais vitais;

- Mamas: observar sinais de ingurgitamento, traumas mamilares (escoriações, fissuras...);

- Solicitar que ofereça a mama e identificar a “ pega “ e aceitação do RN;

- Orientar riscos de compressas nas mamas, assim como aplicação de qualquer produto que não tenha sido prescrito por médico

- Orientar sobre anticoncepção na lactação;

- Orientar sobre direitos trabalhistas durante a lactação;

- Fazer a consulta de enfermagem ao RN, esclarecendo as dúvidas da mãe naquele momento conforme o protocolo do Programa da Criança;

- Reforçar consulta agendada com o ginecologista. O Pré-Natal encerra-se somente após este atendimento e caso a puérpera não compareça merecerá contato mediante a falta neste atendimento;

- Visita Domiciliar: realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar de enfermagem ou enfermeiro (7 a 10 dias pós-parto):

- nas Unidades com agentes comunitários de saúde a visita domiciliar é realizada rotineiramente;
- nas demais Unidades a visita domiciliar ocorre para os casos identificados e comunicados pelas auxiliares de enfermagem do Programa Floresce uma Vida: partos prematuros, intercorrências clínicas da mãe e/ou RN, dificuldades sócio-econômicas...

- Identificar queixas, esclarecendo possíveis dúvidas;

- Rever técnica de amamentação e cuidados com as mamas;

- Esclarecer e sanar dúvidas com a puérpera e sua família sobre os cuidados do o RN;

- Conhecer o local onde o RN está acomodado e o ambiente familiar;

-Identificar comportamento familiar frente à chegada do RN e rede de apoio para acompanhamento da puérpera.

***nos casos de dificuldade com amamentação não resolvidos na unidade, orientar mãe a procurar banco de leite ou retornar à maternidade para assistência

***nos casos de suspeita de mastite, providenciar atendimento para a puérpera na vaga de EV com ginecologista da unidade ou reencaminhá-la à maternidade

Após o parto, as pacientes são encaminhadas para consulta puerperal com ginecologista, em torno de 30 a 35 dias, em suas Unidades Básicas de Saúde. A consulta puerperal tem como objetivo avaliar as condições pós-gravídicas das modificações do organismo materno, além, é claro, assistir a puérpera em suas dúvidas e queixas clínicas, principalmente, relacionadas às mamas, incisão cirúrgica, loquiação, entre outras. Nesta consulta é importante avaliar as opções contraceptivas mais indicadas, a necessidade e realização de vacinas e exames de rotina.

Exames de rotina do puerpério:

Exames laboratoriais como hemograma, urina tipo I, parasitológico de fezes, sorologias para sífilis, HIV, Hepatite B ou qualquer outro exame podem ser solicitados havendo indicação clínica.

A coleta de citologia oncológica do colo uterino deve ser realizada após o 3º mês do puerpério, quando o resultado desta durante o pré-natal for classe II com HPV ou classe III, e a paciente perdeu seguimento no ambulatório especializado (DST). Se o resultado da citologia durante o pré-natal for normal (classe I ou classe

II, sem HPV) e se as duas últimas citologias forem normais, esta pode ser colhida a cada 3 anos, seguindo o protocolo para prevenção de câncer de colo de útero.

Vacinação no Puerpério

No puerpério serão realizadas as vacinas necessárias: Difteria e Tétano (dupla adulto), Rubéola (tríplice viral), Hepatite B e Febre Amarela para completar o esquema vacinal vigente determinado pela Secretaria Municipal da Saúde e Ministério da Saúde.

24-Referências bibliográficas:

- Ribeirão Preto, Protocolo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde, 2002.
- Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências. Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani e colaboradores. 3ª edição. 2006; 36: 357-367.
- Manual Técnico: Pré Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Ministério da Saúde. Brasília-DF 2006.
- Protocolos de Conduas em Gestaão de Alto Risco. Geraldo Duarte, Sérgio Pereira da Cunha, Francisco Mauad Filho, Antônio Alberto Nogueira, Aderson Tadeu Berezowski, Reinaldo Rodrigues. 3ª edição. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2003.
- Projeto Diretrizes. Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Elaboração Final: 11 de junho de 2006.
- Protocolo de Assistência Pré Natal da UBS Vila Lobato, CSE Cuiabá, FMRP-USP, 2007.
- Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Série Manuais nº 62. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF 2005.
- Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos. Programa Municipal Saúde da Mulher, 2001.
- Guia de Rotinas e Procedimentos de Enfermagem, Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, 1997 (revisado em 2004).
- Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2002; 24(7):471-477. Infecção Urinária na Gravidez: Análise dos Métodos para Diagnóstico e do Tratamento.

- Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2008; 30(2):93-100. Infecção urinária na gravidez.