



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**



**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA
AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

2015

ELABORAÇÃO:

DINORÁ HOEPER

JANICE OLIVEIRA LONZETTI

SORAIA NILSA SCHMIDT

MAGALI QUEIROZ DUARTE TORRES

AGRADECIMENTOS:

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Sociedade de Ginecologia - Obstetrícia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS)

ATUALIZAÇÃO:

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER:

Luciane Rampanelli Franco

Circe Pithan

Rosa Maria Rimolo Vilarino

Grupo Técnico da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
MAGNITUDE	5
TRANSCENDÊNCIA	6
VULNERABILIDADE	6
OBJETIVOS	7
POPULAÇÃO ALVO	7
ALGORITMO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	8
SINAIS DE GRAVIDEZ	9
RECOMENDAÇÕES QUANTO AO ROTEIRO DAS CONSULTA DE PRÉ-NATAL	10
ANAMNESE	10
EXAME FÍSICO	11
EXAMES COMPLEMENTARES	12
AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL	17
CALENDÁRIO DE VACINAS	18
SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E NUTRIENTES NA GESTAÇÃO	23
CRITÉRIOS PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	24
CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CENTRO OBSTÉTRICO	25
CONSULTA PUERPÉRIO	27
ALEITAMENTO MATERNO	31
ANEXO I – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À GESTANTE DE BAIXO RISCO	36
ANEXO II - EXAMES LABORATORIAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL - CONDUTAS	38
ANEXO III - SCREENING E DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO	40
ANEXO IV - ORIENTAÇÕES PRÉ-CONCEPCIONAIS	42
ANEXO V – PARASITOSSES	43
ANEXO VI - USO DE DROGAS NA AMAMENTAÇÃO	45
ANEXO VII – RASTREAMENTO DA ANEMIA FALCIFORME	48

ANEXO VIII – ORIENTAÇÃO PARA INTERPRETAÇÃO DO EXAME DA ELETROFORESE DA Hb EM ADULTOS	51
ANEXO IX - DIRETRIZ PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ	52
ANEXO X – PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL	53
ANEXO XI – TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS	56
ANEXO XII – FLUXOGRAMA DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	56
ANEXO XIII – NOTA TÉCNICA: VACINAÇÃO EM GESTANTES CONTRA HEPATITE B	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS	63

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com o objetivo de qualificar a assistência pré-natal no município, elaborou, em 2006, as Diretrizes de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco. Estas foram construídas por um grupo de especialistas da rede que, através de discussões clínicas baseadas em evidências, buscou revisar e atualizar o protocolo já existente em Porto Alegre desde 2002. Esta Diretriz já foi revisada em 2008 e 2012 e agora passa por nova atualização.

As diretrizes são recomendações desenvolvidas sistematicamente, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseadas na melhor informação científica. Elas servem como instrumento de auxílio, nunca de obrigatoriedade, e devem ser periodicamente revisadas segundo as novas evidências médicas.

MAGNITUDE (o quanto é freqüente a condição)

As maiores causas de morte na população feminina em Porto Alegre são as Doenças Cardiovasculares, seguidas das Neoplasias. Dentre essas, a principal causa de morte é o câncer de mama.

O óbito materno ocupa a décima terceira colocação na relação das causas de mortes em mulheres no município.

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde, está relacionado à qualidade de vida e ao desenvolvimento humano e sócio-econômico de uma população, sendo considerada evitável em 95% dos casos.

A distribuição da mortalidade materna no mundo é muito desigual, sendo cerca de 30 vezes maior em países em desenvolvimento, com coeficientes em torno de 900/100.000 Nascidos Vivos; já em países desenvolvidos esse coeficiente cai para 9 óbitos maternos/100.000 Nascidos Vivos (NV).

No Brasil, nos últimos cinco anos (2007 a 2011), o coeficiente de morte materna apresenta-se na faixa dos 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No mesmo período, o Estado do Rio Grande do Sul apresenta cerca de 55 casos de morte materna por 100.000 nascidos vivo. O Município de Porto Alegre, entre os anos de 2009 e 2011, está com índices abaixo de 35/100.000 NV. As principais causas de morte materna na capital, nos últimos dez anos (2002 a 2011) são: patologias clínicas que coincidem com o período gravídico-

puerperal (25%), SIDA(18%), doença hipertensiva da gestação (14%) e infecção puerperal (12%).

O índice de gestações na adolescência registra queda, na série histórica dos últimos dez anos, com variação de 19,3% em 2001 para 14,6% em 2011.

Quanto à cobertura de pré-natal, segundo dados dos SINASC, em 2011, 73% das gestantes realizam 7 ou mais consultas de pré-natal.

A mortalidade neonatal representa o principal componente da mortalidade infantil em Porto Alegre, sendo de 63% em 2011.

As principais causas são as Afecções Perinatais (48,5%) e Malformações Congênitas (27,2%), conforme dados SINASC e SIM/CGVS/PMPA.

Os índices de infecção pelo HIV em Porto Alegre têm mostrado que as mulheres e os adolescentes vêm sendo as principais vítimas. A Taxa de Transmissão Vertical do HIV alcançou 5,4%, no município em 2009 enquanto a meta proposta pelo Ministério da Saúde era 2,4% no período. Quanto à Sífilis Congênita, também é registrado aumento no número de caso absolutos, foram 206 casos em 2010.

TRANSCENDÊNCIA (gravidade do problema)

As mulheres representam uma prioridade para as políticas públicas de saúde pelas suas peculiaridades sócio-biológicas, nas quais as ações de saúde podem ter um impacto direto na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil, interferindo positivamente nos indicadores de saúde de uma população.

VULNERABILIDADE (o quanto é efetivo o tratamento)

A assistência pré-natal adequada, com detecção e intervenção precoce das situações de risco, e um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê e têm potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos.

As diretrizes têm por objetivo padronizar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais da literatura médica, visando a realização de uma prática racional e custo-efetiva garantindo um padrão de boa qualidade, facilitando a informatização dos dados e

possibilitando a realização de vigilância das situações de risco. A prioridade deve ser no sentido de identificar as gestantes de alto risco e acompanhar as de baixo risco tratando suas intercorrências.

OBJETIVOS

Diminuição da morbimortalidade materna e perinatal através da:

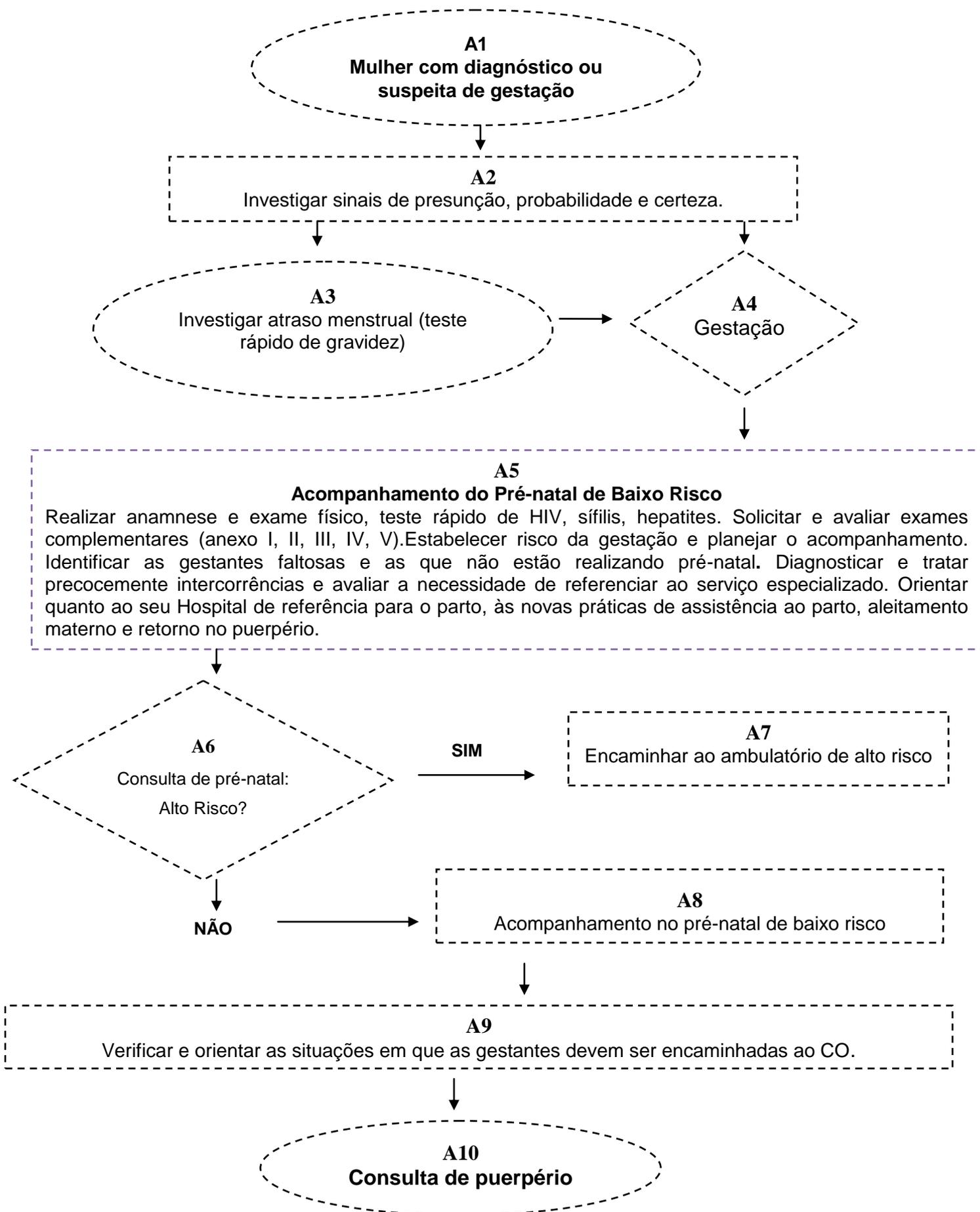
- Qualificação e humanização da assistência pré-natal no município;
- Acolhimento;
- Ampliação da cobertura;
- Captação precoce das gestantes (antes de 16 semanas de gestação);
- Aumento do número de consultas/gestante no pré-natal;
- Identificação precoce das gestantes de alto risco e encaminhamento ao serviço de referência;
- Diminuição da transmissão vertical das infecções pré-natais (HIV, toxoplasmose, sífilis, hepatite) ampliando a cobertura dos exames complementares de rotina;
- Início precoce da terapia antirretroviral nas gestantes HIV positivas;
- Realização de vigilância epidemiológica e busca ativa de gestantes faltosas;
- Integração das ações de pré-natal às ações dos demais programas;
- Validação e revisão das diretrizes clínicas regularmente.

POPULAÇÃO ALVO

Todas as mulheres no ciclo gravídico-puerperal da área de atuação das unidades de saúde com ênfase especial para:

- Adolescentes;
- Gestantes acima de 35 anos;
- Mulheres em vulnerabilidade para DST/AIDS;
- Mulheres em situação de vulnerabilidade social e das micro-áreas de risco das unidades de saúde.

ALGORITMO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO



ANOTAÇÕES DO ALGORÍTMO (A)

A2 - SINAIS DE GRAVIDEZ

Sinais de presunção de gravidez

- Atraso menstrual;
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical);

Sinais de probabilidade

- Amolecimento da cérvix uterina com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais);

Sinais de certeza

- Presença dos batimentos cardíacos fetais - BCF - detectados pelo sonar a partir de 12 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (18 a 20 semanas);
- Ultra-sonografia - o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4-5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com seis semanas gestacionais.

Recomendações quanto ao diagnóstico da gravidez

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e náuseas/vômitos matinais [Grau de recomendação D].

O diagnóstico laboratorial de gestação é baseado na detecção de B-HCG urinário ou sérico. Ambos têm alta sensibilidade, porém testes urinários são menos sensíveis do que os séricos. Alguns testes urinários têm baixa taxa de resultados falso-positivos e alguma taxa de falso-negativos. Estes testes têm a facilidade de um resultado quase que imediato, facilitando quando positivo a captação precoce das gestantes. (Norma Técnica para Realização do Teste Rápido de Gravidez – anexo IX).

A pesquisa através de radioimunoensaio da fração beta da gonadotrofina coriônica humana sérica é o método mais sensível, embora também o mais caro e deve ser solicitado quando o teste rápido de gravidez continuar negativo após duas tentativas e persistir o atraso menstrual. [Grau de recomendação D].

A5 - Orientações

RECOMENDAÇÕES QUANTO AO ROTEIRO DAS CONSULTAS PRÉ-NATAL

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal [Grau de recomendação B]. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos [Grau de recomendação B].

Número de consultas (vide anexo III): Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, um número adequado seria igual ou superior a seis. Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas, porém com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas, em pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos [Grau de recomendação A].

Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos [Grau de recomendação A]. As consultas deverão ser mensais até a 32ª semana, quinzenais entre 32 e 36 semanas e semanais no termo [Grau de recomendação D].

Não deve existir alta do pré-natal, isto só deverá ocorrer após as consultas de puerpério.

Além disso, é importante salientar que ao encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco, esta deve manter-se vinculada à Unidade de Saúde, sendo este acompanhamento importante para a manutenção da qualidade do pré-natal.

ANAMNESE

A anamnese deverá incluir a história pessoal e familiar da paciente e questões relativas ao estilo de vida.

Recomendações quanto à anamnese:

Os componentes da história que precisam ser interrogados na primeira consulta pré-natal são: [Grau de recomendação D] data precisa da última menstruação; regularidade dos

ciclos; uso de anticoncepcionais; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; hospitalizações anteriores; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível; exposição ambiental ou ocupacional de risco; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemiparidade anterior; prematuridade nas gestações anteriores; fatores socioeconômicos; atividade sexual; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; vacinações prévias; história de violências e aceitabilidade desta gestação.

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionado: náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas [grau de recomendação D].

EXAME FÍSICO

São indispensáveis: medida da pressão arterial, peso, exame das mamas, altura uterina, abdômen (percepção da dinâmica), ausculta dos batimentos fetais (conforme idade gestacional), verificação de edema.

Recomendações quanto ao exame físico:

No exame físico os componentes mais importantes que precisam ser incluídos na primeira visita de pré-natal são: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireóide, das mamas, pulmões, coração, abdômen e extremidades.

No exame ginecológico/obstétrico: avaliar a genitália externa, vagina, colo uterino e, no toque bidigital, o útero e anexos. Após a 12^a semana medir a altura do fundo uterino no abdômen. A ausculta fetal será possível após a 10/12^a semana com o Sonar - Doppler [Grau de recomendação D]. Nas visitas subseqüentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36^a semana [Grau de recomendação D].

Exame especular e toque vaginal: o exame especular e toque vaginal devem ser guiados pela história e queixas da paciente.

O Exame pélvico pode ser usado para detectar algumas condições clínicas como anormalidades anatômicas, leucorréia e doenças sexualmente transmissíveis. Para avaliar o tamanho da pelve (pelvimetria) e avaliar a cérvix uterina assim como detectar sinais de

incompetência cervical (associada com abortos recorrentes no segundo trimestre). O Exame pélvico de rotina (em todas as consultas) não prevê com exatidão idade gestacional, nem prediz trabalho de parto prematuro ou desproporção cefalopélvica, portanto, não é recomendado de rotina. [B] (NICE 2010). Cada caso deve ser individualizado, sempre considerando a clínica da paciente e a história obstétrica prévia como partos prematuros anteriores (grau de recomendação D).

EXAMES COMPLEMENTARES

1ª Consulta ou 1º trimestre: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, EQU, urocultura com teste, Coombs indireto (se Rh negativo), sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG), eletroforese de Hemoglobina (papel filtro), teste rápido anti HIV e de sífilis (vide anexo XI e XII) e HbsAg. O teste rápido de anti-HCV, deve ser realizado para as pacientes com fator de risco, CP de colo uterino (conforme Diretriz Clínica/INCA 2011), exame de secreção vaginal, exame de mamas.

2º Trimestre: TTG /75gr 1º e 2º hora, (vide anexo X), Coombs indireto (se paciente Rh negativo), EQU, urocultura com teste, sorologia para toxoplasmose, se IgM ou IgG não reagentes no 1º trimestre .

3º Trimestre: hemograma, EQU, urocultura com teste, testes rápidos de anti - HIV, sífilis, HbsAg, anti-HCV (este último nas gestantes de risco), Coombs indireto (se Rh negativo), sorologia para toxoplasmose (Se IgG for negativo), exame de secreção vaginal (investigação de vaginose bacteriana e pesquisa para Streptococcus do grupo B).

Obs: A coleta para cultura de Streptococcus do grupo B com swab vaginal e anal é recomendada de forma sistemática para todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação, para determinar a colonização pelo Streptococcus do grupo B no trato genital e intestinal (CDC, Estados Unidos). Grau de recomendação B. Não há necessidade de tratamento durante o pré-natal quando o resultado for Streptococcus (+).

A informação do resultado do exame deverá ser colocada de forma bem visível na carteira de pré-natal, pois nas pacientes com exame (+) para Streptococcus do grupo B, será feito, na hora do parto, na Maternidade, profilaxia com antibiótico.

Teste rápido Anti-HIV (com aconselhamento): As pacientes negativas deverão repetir o teste no terceiro trimestre (a partir da 27ª semana). O teste positivo determina referência para alto risco. É imprescindível a notificação de todas as gestantes soropositivas (formulário específico na Unidade de Saúde).

Teste rápido HbsAg: Fazer o teste rápido na 1ª consulta para todas as gestantes. (Grau de recomendação A). Se negativo e vacinação prévia não tiver sido efetuada, deve ser recomendada a vacinação. Repetir o exame a partir da 27ª semana de gestação.

Se o HbsAg for positivo, solicitar o exame de HbsAg laboratorial para confirmação diagnóstica, se este for positivo, notificar a Vigilância de Saúde e investigar familiares. A gestante deve ser encaminhada para consulta de referência via AGHOS na especialidade Gastroenterologia - Hepatites Virais (Hospital Presidente Vargas).

Se a mãe for portadora do antígeno, a criança tem 70% a 90% de chance de adquirir hepatite B e 85% a 90% de ser portadora crônica. O tratamento do recém-nascido com imunoglobulina e vacina para hepatite B reduz o risco em 85% a 90%.

OBS: Após o nascimento o RN deve ser encaminhado para consulta de referência via AGHOS na especialidade Gastroenterologia - Hepatite Pediatria (Hospital Presidente Vargas).

Teste rápido Anti-HCV: Este exame deve ser realizado nas situações especiais de alto risco como: uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue, ou múltiplos parceiros de um ou de ambos. Repetir o exame, a partir da 27ª semana de gestação. Se o Anti-HCV for positivo, solicitar o exame de Anti -HCV laboratorial para confirmação diagnóstica, se este for positivo devemos notificar a Vigilância de Saúde e investigar familiares. A gestante deve ser encaminhada para consulta de referência via AGHOS na especialidade Gastroenterologia - Hepatites Virais (Hospital Presidente Vargas).

OBS: Após o nascimento o RN deve ser encaminhado para consulta de referência via AGHOS na especialidade Gastroenterologia - Hepatite Pediatria (Hospital Presidente Vargas).

Coombs Indireto (CI): Se a gestante for Rh negativo e o genitor for Rh positivo, solicitar na 1ª consulta. Se CI negativo, repetir entre 24-28 semanas e, após a cada 4 semanas. Se positivar, referenciar para o pré-natal de alto risco imediatamente.

Toxoplasmose: Não existe consenso em relação ao rastreio da toxoplasmose, mas o Rio Grande do Sul é área endêmica, portanto no Município de Porto Alegre é realizado o

rastreamento universal das gestantes. Quando o IgM for positivo, a gestante deve ser encaminhada à referência especializada. (Ver Anexo IV)

EQU e urocultura: Reduzem o risco de pielonefrite por detectarem precocemente as infecções urinárias baixas assintomáticas (bacteriúria assintomática). Na presença de bacteriúria assintomática por Streptococcus do Grupo B, tratar e anotar, com destaque, na carteira de pré-natal, pois este é um critério de uso de antibiótico profilático no parto.

A antibioticoterapia no tratamento da infecção do trato urinário baixa deve ser feita com o antimicrobiano aos quais a bactéria seja sensível. Os antibióticos utilizados na infecção urinária assintomática e sintomática são os mesmos e estão citados na tabela abaixo (medicamentos disponíveis na Rede).

Medicamentos para tratamento da ITU em Gestantes

Antimicrobiano	Dose oral	Duração	Classe FDA	Observações
Ampicilina	500mg 6/6h	3-7 dias	B	
Amoxicilina	500 mg 8/8h	3-7 dias	B	
Cefalexina	500mg 6/6h	3-7 dias	B	Não ativa para enterococcus Evitar o uso: ATB utilizado em profilaxia cirúrgica.
Nitrofurantoína	100 mg 6/6 h	3-7 dias	B	Não ativa para Proteus. Pneumonia intersticial materna
Sulfametoxazol/ Trimetoprim	800/ 160 mg 12/12h	3-7 dias	C	Usar se E.Coli resistente. Evitar no 1º trimestre e após a 32º semana de IG.

Fonte: Rotinas em Obstetrícia/2011/Freitas et al

Seguimento:

No seguimento deve-se realizar urocultura de controle uma semana após o término do tratamento, e, se negativa, esta deve ser repetida mensalmente até o final da gestação.

Na ocorrência de dois ou mais episódios de ITU na gestação, deve-se prescrever profilaxia antimicrobiana. Para a profilaxia os antibióticos mais utilizados são a nitrofuratoína (100mg), a ampicilina (500mg) ou a Cefalexina (500mg) por via oral, com uma dose à noite, até duas semanas após o parto. As gestantes devem ser orientadas a manter uma ingestão adequada de líquidos e urinar com frequência.

Rastreamento da Diabete Gestacional:

Os critérios para rastreamento positivo para Diabete Gestacional incluem todas as gestantes que na primeira consulta de pré-natal apresentarem glicemia de jejum $\geq 92\text{mg}\%$ e $< 126\text{MG}\%$, nestas não há necessidade de fazer TTG e elas devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

As gestantes que apresentarem glicemia de jejum $\geq 126\text{mg}\%$ é provável que sejam diabéticas pré-gestacionais e devem ser referenciadas para o pré-natal de alto risco.

Todas as gestantes que apresentarem glicemias $<$ que $92\text{mg}\%$ antes das 24 semanas devem realizar o TTG 75 entre 24 e 28 semanas.

Para as gestantes que fizerem a primeira consulta de pré-natal com mais de 24 semanas, deve ser solicitada uma glicemia de jejum; após o resultado, o fluxo é o mesmo que o da gestante com menos de 24 semanas.

Consideraremos incluídas como diabetes gestacional, após o TTG 75, as gestantes que apresentarem uma medida ou mais alteradas. Os pontos de corte do TTG 75: JEJUM $\geq 92\%$, 1 hora $\geq 180\text{mg}\%$, 2 horas $\geq 153\text{mg}\%$.

Ecografia obstétrica: A ecografia poderá ser solicitada para a gestante em que há impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, assim como para a detecção precoce de gestações múltiplas e restrição de crescimento intra-uterino. Existem evidências de que sua realização poderá detectar malformações fetais não suspeitadas.

Embora seja um exame muito útil em diversas situações, na ausência de uma indicação específica, é bastante discutida a sua solicitação e não existem dados até o momento que suportem sua recomendação como rotina. Não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal [Grau de recomendação A]. Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 18-20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional [Grau de recomendação A].

Gestantes com exames citopatológicos do colo uterino alterados, ou com alterações palpatórias ao exame físico das mamas devem ser encaminhadas para referência especializada e poderão seguir, se possível, seu pré-natal na unidade de atenção básica.

AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL

Movimentos Fetais: A percepção do movimento fetal normalmente começa no segundo trimestre e ocorre mais cedo em mulheres multíparas do que nas nulíparas. A percepção materna de movimentos fetais é reconfortante para as mulheres grávidas enquanto que a diminuição é uma razão de preocupação.

Não há consenso sobre uma definição adequada de diminuição dos movimentos fetais que distinga de forma confiável um feto saudável de um feto em risco. Isto devido a uma gama de variações de movimentos normais de um feto saudável, bem como a variação na percepção materna.

Não há consenso nos critérios de orientação da quantidade de movimentos fetais que devem ser considerados normais.

Ecografia Obstétrica: Em relação ao diagnóstico do bem-estar fetal, um estudo realizado com mais de 15.000 pacientes de baixo risco não ofereceu subsídios para seu uso rotineiro [Grau de recomendação A].

Dopplervelocimetria : Sua utilização em gestações de risco é totalmente justificada, existindo melhora no cuidado obstétrico, parecendo ser promissora em reduzir mortes perinatais [Grau de recomendação A]. Em pacientes de baixo risco não existem evidências que justifiquem sua utilização rotineira, não adicionando benefícios à mãe ou ao feto [Grau de recomendação A].

Cardiotocografia anteparto: Apesar de ser um método seguro e inócuo em relação à mãe, não existem evidências científicas que autorizem seu uso rotineiro em gestações de baixo risco. Ele oferece uma certeza imediata de viabilidade fetal e bem-estar, mas seu valor como ferramenta de triagem apenas para prevenir morbidade ou mortalidade perinatal em gestações de risco não foi provado.

Ecocardiografia Fetal:

Nas gestantes de alto risco, com os critérios abaixo está indicada a ecocardiografia fetal de rotina entre 18^oe 28^o s de idade gestacional. Estas, devem ser encaminhadas para a

Agenda Pré-natal Medicina Fetal.

- Idade maior do que 35 anos;

- Portar cardiopatia congênita;
- Filho prévio com anomalias congênitas;
- Diabetes durante a gestação;
- Doenças do Colágeno;
- Exposição a teratógenos (vit A, álcool, quimioterapia, anticonvulsivantes, vírus, lítium, etc.);
- Uso de indometacina e ou diclofenaco após 28 s de IG.

Fatores de risco obstétricos:

- Oligodrâmnio;
- Polidrâmnio;
- Suspeita de cardiopatia fetal no ultra-som obstétrico de rotina.

Fatores de risco fetais

- Malformações extracardíacas;
- Translucência nucal maior que 3,5 mm entre 11-13 semanas de gestação;
- Déficit de crescimento intra-uterino;
- Presença de cromossopatia;
- Hidropsia não imune;
- Arritmias cardíacas;
- Artéria umbilical única.

As demais gestantes devem ser submetidas a exame de ecografia obstétrica com atenção neste exame aos detalhes do coração fetal.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA GESTANTE

1. Vacina tipo adulto - dTpa:

*Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche
(Pertussis Acelular) Tipo adulto - dTpa
Ministério da Saúde*

A vacina adsorvida de difteria, tétano e coqueluche (pertussis acelular) introduzida, em novembro de 2014, no Calendário Nacional de Vacinação da gestante, como reforço ou complementação do esquema da vacina dupla adulta (difteria e tétano) tem como objetivo diminuir a incidência e mortalidade por coqueluche nos recém-nascidos. Essa doença é cada vez mais relatada em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, sendo a fonte de

transmissão mais frequente para as crianças, especialmente as menores de um ano, que podem apresentar quadros atípicos da doença, dificultando o diagnóstico e possibilitando a transmissão para lactentes, com maior risco de desenvolverem complicações e podendo levar a óbito. Esta vacina oferece proteção vacinal indireta nos primeiros meses de vida (passagem de anticorpos maternos por via transplacentária para o feto) quando a criança ainda não teve a oportunidade de completar o esquema vacinal.

A vacina tipo adulto-dTpa será disponibilizada para gestantes a partir da 27^a semana de gestação e poderá ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. É importante que a gestante seja vacinada com a dTpa o mais precoce possível a partir do período anteriormente descrito, também será disponibilizada para os profissionais de saúde que atuam em maternidades e em unidades de internação neonatal (UTI/UCI neonatal).

Nos últimos três anos tem-se observado no Brasil e no mundo um aumento de casos de coqueluche que pode ocorrer em indivíduos de qualquer faixa etária, sendo que os lactentes menores de seis meses constituem o grupo mais propenso a apresentar formas graves da doença, muitas vezes levando ao óbito.

Em 2014, considerando a situação epidemiológica da coqueluche e a necessidade de proteger contra a doença o binômio mãe-filho, a vacina dTpa contra a difteria, tétano e *pertussis* acelular será incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação para a gestante e os profissionais de saúde (médico anestesista, ginecologista, neonatologista, obstetra, pediatra, enfermeiro e técnico de enfermagem) que atendam recém-nascidos nas maternidades e UTIs neonatais, reforçando as estratégias de controle já vigentes.

Indicação da vacina

A vacina é indicada para as gestantes a partir da **vigésima sétima semana (27^a) a trigésima sexta (36^a) semanas de gestação, preferencialmente**, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. Importante vacinar o mais precocemente possível dentro da indicação do período de gestação pelo risco de intercorrências, a exemplo, do parto prematuro.

*As gestantes que residem em áreas de difícil acesso poderão ser vacinadas a partir da **vigésima (20^a) semana de gestação.***

A dTpa deve ser administrada a cada gestação considerando que os anticorpos tem curta duração, portanto, a vacinação durante uma gravidez não manterá alto nível de anticorpos protetores em gestações subsequentes. Esta vacina deverá ser registrada na caderneta saúde da gestante e ou cartão do pré-natal ou cartão de vacinação do adulto.

Para a proteção de RN, além da indicação da vacina para as gestantes, é de fundamental importância à vacinação dos profissionais de saúde – médico anestesista, ginecologista, neonatologista, obstetra, pediatra, enfermeiro e técnico de enfermagem - que atuam em maternidades e em unidades de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI Canguru) atendendo recém-nascidos. As autoridades de saúde de diversos países, como Bélgica, Austrália, Estados Unidos, Reino Unido, dentre outros, já recomendam as vacinas contra *pertussis* para os profissionais de saúde que tenham contato com recém-nascidos.¹³

Importante destacar que a proteção em RN prematuros, por meio da vacinação materna pode não ser assegurada, caso o nascimento ocorra antes da vacinação da gestante ou ocorra uma deficiência de passagem de anticorpos maternos.

Ressalta-se ainda, que os RN prematuros ou os RN com alguma doença que permaneçam internados por longo período em UTI/UCI tem maior risco de contrair coqueluche, pelo contato com profissionais de saúde portando a bactéria *B. pertussis*. A suspeita de coqueluche no profissional de saúde, além do risco de transmissão de infecção às gestantes e aos RN, acarreta o afastamento desse profissional do trabalho com impacto importante na assistência hospitalar, considerando as particularidades do cuidado ao RN.

Esquema de vacinação com a dTpa

Gestantes

O esquema recomendado da vacina tipo adulto-dTpa é uma dose a cada gestação.

A depender da situação vacinal encontrada, administrar uma dose da vacina dTpa para iniciar esquema vacinal, completar ou como dose de reforço. Este esquema deverá ser completado até 20 dias antes da data provável do parto com a dT.

Gestantes que receberam uma dose com os componentes difteria, tétano e coqueluche há menos de dez anos, aplicar uma dose de dTpa em cada gestação.

Situações, condutas e orientações para a vacinação da gestante com dTpa e dT.

Situações	Condutas	Orientações técnicas
Gestantes NÃO vacinadas previamente.	Administrar três doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses. Administrar as duas primeiras doses de dT e a última dose de dTpa, preferencialmente entre 27ª e 36ª semanas de gestação.	Ao completar o esquema a gestante terá recebido duas de dT e uma dose de dTpa.
Gestantes vacinadas com uma dose de dT.	Administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (entre 27ª e 36ª semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.	Ao completar o esquema a gestante terá recebido duas de dT e uma dose de dTpa.
Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com duas doses de dT.	Administrar uma dose da dTpa .	Ao completar o esquema a gestante terá recebido duas de dT e uma dose de dTpa.
Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT.	Administrar uma dose de dTpa.	Ao completar o esquema a gestante terá recebido três de dT e uma dose de dTpa.
Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos.	Administrar uma dose de dTpa.	Mesmo com esquema completo (três doses de dT) e ou reforço com dT, a gestante deverá receber uma dose de dTpa a cada gestação. Esta dose de dTpa deve ser considerada como reforço. Esta dose deverá ser administrada mesmo nos casos em que a gestante já tenha recebido anteriormente um reforço, em período inferior a cinco anos.
Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos.	Administrar uma dose de dTpa.	
Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com pelo menos uma dose de dTpa na rede privada.	Se aplicou dTpa em gestação anterior, aplicar dTpa na gestação atual e seguir orientações acima citadas. Se aplicou dTpa na gestação atual, seguir orientações acima citadas	

2. Influenza: Deve ser realizado para as gestantes em qualquer trimestre, devido às complicações desta doença na gestação. Um estudo com 2.000 grávidas não demonstrou efeitos adversos fetais. [GRAU DE RECOMENDAÇÃO B]

3. Vacina para hepatite:

Conforme Nota Técnica nº 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS: (Anexo XIII)

O programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra Hepatite B para as gestantes que apresentam sorologia negativa para a hepatite B. A administração da mesma está indicada após o primeiro trimestre de gestação.

As gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo de três doses, não necessitam de reforço vacinal. Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber três doses da vacina nos intervalos 0, 1 e 6 meses e ou complementar o esquema já iniciado.

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E NUTRIENTES NA GESTAÇÃO

Ferro e folato: A suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e seu recém-nascido [Grau de recomendação A].

Folato peri-concepcional: Tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural (espinha bífida, anencefalia e encefalocele). Deve ser usado rotineiramente na dose de 400 mcg a 5 mg/dia de ácido fólico dependendo do estado de risco da mulher pelo menos dois meses antes e nos três primeiros meses da gestação. Esta informação deve ser difundida através de programas educacionais de saúde. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural têm que usar folato continuamente se ainda desejam engravidar [Grau de recomendação A]. Na lista da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME 2010) as apresentações de ácido fólico que se encontram disponíveis são de comprimidos de 5 mg e solução oral de 0,2mg/ml (BRASIL, 2010).

Recomendação: O Ministério da Saúde preconiza o uso de ácido fólico 5mg/dia, o qual deve ser iniciado 60 a 90 dias antes da concepção e continuar durante todo primeiro trimestre de gestação.

Piridoxina (vitamina B6): Não há evidências para indicá-la como suplemento na gravidez, embora os resultados de um trabalho sugiram que seu uso pode ter efeito protetor em relação ao esmalte dentário [Grau de recomendação A].

Cálcio: Seu uso parece ser benéfico em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver hipertensão na gestação e naquelas que têm baixa ingestão de cálcio. Novas investigações são necessárias para definição da melhor dose a ser utilizada na gestação [Grau de recomendação A].

Zinco: Não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos do seu uso na gravidez. Os possíveis efeitos benéficos sobre a prevenção do trabalho de parto prematuro necessitam de novas avaliações [Grau de recomendação A].

Proteínas: A suplementação balanceada parece melhorar o crescimento fetal e reduzir os riscos de morte fetal e neonatal. As evidências são insuficientes para afirmar se existem outras vantagens potenciais [Grau de recomendação A].

A7 – CRITÉRIOS PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (conforme hospital de referência)

Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade materna e perinatal. [Grau de recomendação A]. Todas as gestantes deverão ser referenciadas ao pré-natal de alto risco prontamente conforme a regionalização da assistência obstétrica (VIA TELEFÔNICA PARA A MAIORIA DAS SITUAÇÕES E VIA AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE REFERÊNCIA PARA CASOS ESPECÍFICOS).

PATOLOGIAS PRÉVIAS:

- Hipertensão Arterial (Hipertensão Arterial na gravidez é Pressão Arterial (PA) sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, antes da 20ª semana de idade gestacional, medida em repouso de pelo menos 10 minutos);
- Nefropatias;
- Doenças Hematológicas;
- Lupus Eritematoso Sistêmico;
- Diabetes Melitus Tipos I e II;
- Cardiopatia;
- Pneumopatia Grave;
- Doenças Neurológicas como a Epilepsia que necessitam de acompanhamento multidisciplinar;
- Qualquer patologia clínica que necessite acompanhamento de maior complexidade.

GESTAÇÃO ATUAL:

- Isoimunização Rh;
- Hipertensão Arterial (Hipertensão Arterial na gravidez é Pressão Arterial (PA) sistólica maior ou igual 140 mmHg e /ou PA Diastólica maior ou igual a 90 mmHg , medida em repouso de pelo menos 10 minutos);
- Anti - HIV Reagente;
- Hemoglobina < 8 ;
- Diabetes Gestacional.

- História Prévia de Doença Hipertensiva da Gestação, com mau resultado obstétrico e ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intra-uterina, HELLP, Eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Toxoplasmose IgM reagente ou conversão de IgG ;
- Infecções pré-natais como Rubéola e a Citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Oligodidrânio Pré-termo (< ou igual há 36 semanas);
- Crescimento Intra-Uterino Restrito Pré-Termo;
- Desnutrição Materna severa;
- Drogadição e Alcoolismo (ver fluxo específico de gestante/doença mental);
- Gemelidade;
- Malformações Fetais ou arritmia fetal;
- Morte Intra-uterina ou perinatal em gestação anterior principalmente se for de causa desconhecida;
- Polidrânio;
- Placenta Prévia na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial;

Lesões de alto grau ou câncer no citopatológico do colo do útero (encaminhar através do AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE REFERÊNCIA para ginecologia colo do útero)

Alta suspeita clínica de Câncer de Mama ou Mamografia com BIRADS 3 ou mais (encaminhar através do AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE REFERÊNCIA para onco mama),

A8 - Acompanhamento do pré-natal de baixo risco

Calendário de Consultas (vide anexo I)

A9 – CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CENTRO OBSTÉTRICO

- Presença de sangramento oriundo do canal cervical independente da dilatação e idade gestacional.
- Suspeita de Pré-eclâmpsia: Pressão Arterial $\geq 140/90$ medida após um mínimo de 10 minutos de repouso, em decúbito lateral esquerdo e confirmado em uma segunda medida. OBS: EDEMA NÃO É MAIS CONSIDERADO CRITÉRIO DIAGNÓSTICO.

Os hospitais irão confirmar ou não o diagnóstico e dar a conduta (hospitalização, pré-natal de alto risco ou retorno à unidade de saúde).

- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaléia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito).
- Hipertermia (TAX \geq 37,8C).
- Suspeita/diagnóstico de abdômen agudo em gestantes.
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção intra-amniótica ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Perda de líquido característica (consistência líquida, em grande quantidade ou pequenas quantidades, mas persistente) mediante confirmação através do exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.
- Suspeita de Trombose Venosa Profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e ou varicosidade aparente).
- Trabalho de parto prematuro (contrações + modificação de colo uterino em gestantes < 36 semanas).
41 semanas de idade gestacional confirmadas.
- Investigação de prurido gestacional / icterícia.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento com comprometimento sistêmico < 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- Crise hipertensiva (TA \geq 160/110).
- Restrição de Crescimento Intra Uterino (RCIU).
- Oligodrâmnio (ILA < 5 cm ou abaixo do percentil 10 para a idade gestacional)
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar (p.ex. cefaléia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.).

Casos para avaliação de bem estar fetal:

- a) Diminuição da movimentação fetal;
- b) Ausência de BCF (para confirmar morte ou investigar sofrimento);
- c) Trauma abdominal;
- d) Bradicardia fetal (menos de 120 BCF por minuto), Taquicardia fetal (mais de 160 BCF por minuto) em decúbito lateral esquerdo;
- e) Suspeita de pós-datismo (Idade Gestacional duvidosa = > 41 semanas, pois se for de certeza 41 semanas encaminhar para a maternidade para interrupção da gestação)

Indicações para cesariana eletiva:

- Placenta Prévia Oclusiva total (encaminhar com 36 semanas de gestação);
- Duas ou mais cesarianas prévias (39semanas);
- Apresentação pélvica ou anômala (39 semanas);
- Placenta acreta em gestação anterior.

Indicações para interrupção da gestação

Muitos casos necessitam de interrupção antecipada da gestação após avaliação individualizada.

Entretanto, para os casos abaixo já existem consensos:

- Bolsa Rota > 34 semanas;
- Pós-datismo confirmado;
- Hipertensão com gestação a termo;
- Diabete Gestacional com gestação > 39 semanas;
- Gestantes > 40 anos com gestação a termo.

A10 - CONSULTA DE PUERPÉRIO

A primeira consulta deve ser entre 7 e 10 dias após o parto. Deve-se ter atenção para:

- Proceder ao exame ginecológico e atentar quando houver presença de: lóquios fétidos, sangramento uterino aumentado, secreção vaginal purulenta, dor abdominal ou febre;
- Solicitar os exames complementares necessários;
- Avaliar a necessidade de completar doses da vacina antitetânica;
- Avaliar hábito intestinal e queixas urinárias;
- Avaliar necessidade de suplemento alimentar, orientando-a nesse sentido;
- Proceder ao exame das mamas, investigando fissuras mamárias, retrações de mamilo, ingurgitamento, mastite, etc;
- Investigar a frequência da amamentação, estimulando o aleitamento materno;
- Observar os sinais de apego ao recém-nascido, atentando para possíveis sinais de alerta, principalmente se apresentar fatores de risco (gestação indesejada, primeira gestação, mãe adolescente, família desestruturada, falta de apoio social e/ou familiar, ausência de companheiro, abuso de drogas, não ter realizado pré-natal, tentativa de aborto desta gestação e outros);

- Observar sinais de depressão pós-parto e atuar positivamente, apoiando a puérpera em suas dificuldades, sejam de ordem emocional ou social, promovendo o desenvolvimento do apego e a prevenção dos maus tratos;
- Incentivar o acompanhamento do desenvolvimento do bebê;
- Orientar sobre a importância do tempo intergestacional e o acompanhamento ginecológico;
- Promover a visita domiciliar para as puérperas faltosas através da lista de faltosas do Programa de pré-natal e da lista de DNs do programa Pré-Nenê (SINASC).

Agendar consulta de retorno para 30 a 40 dias, para revisar os seguintes tópicos:

- Revisar a amamentação, incentivando-a;
- Proceder ao exame das mamas e ginecológico se houver queixas;
- Investigar a cessação ou não dos lóquios;
- Investigar hábitos intestinais e queixas urinárias;
- Orientar sobre os métodos contraceptivos e definir junto à paciente o mais adequado para sua situação. Geralmente, se houver uma boa e adequada amamentação, institui-se progestágenos oral ou injetável, até nova avaliação em 3 meses;
- Orientar sobre o período da coleta do exame Citopatológico de colo uterino.

PATOLOGIAS DO PUERPÉRIO

Endometrite:

A endometrite leve pós-parto normal, sem repercussão no estado geral da paciente, pode ser tratada de ambulatorio com antibiótico V.O. São usadas drogas de amplo espectro como a ampicilina ou a amoxicilina. A melhora deverá ocorrer em 48 a 72 horas e se houver persistência de febre após este intervalo, referir a paciente ao hospital.

Na endometrite pós-parto com peritonite (íleo, distensão abdominal e Blumberg positivo) bem como na endometrite pós-cesareana, a paciente deverá ser referida a hospitalização para tratamento mais intensivo.

Infecção da ferida operatória:

A ferida operatória deve ser explorada e se a infecção for superficial, não envolvendo fáscia, são orientados curativos na US e em casa e combinada a ressutura.

Se a infecção comprometer a fáscia ou existir quadro febril associado, a paciente deverá ser referida ao hospital.

Infecção de episiotomia:

Deve ser explorada e os fios de sutura removidos, orientando curativos freqüentes. Se houver quadro febril associado, a paciente deve ser referida ao hospital.

Mastite:

Esvaziamento adequado da mama de preferência pelo próprio recém nascido e se não for possível fazer a retirada manual do leite.

Usar analgésico/antitérmico e antibiótico : cefalexina 500mg de 6/6h por 10 dias. Caso não ocorra boa resposta clínica em dois dias, encaminhar para a referência hospitalar para avaliação. Não suspender a amamentação.

Suporte emocional.

Abscesso de mama:

Encaminhar para drenagem cirúrgica na emergência.

Antibioticoterapia igual a da mastite descrita acima.

Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e antibioticoterapia iniciada. (Recomendação da OMS).

Manutenção da amamentação na mama sadia.

Fissura de mamilo:

Corrigir o problema que está causando a dor mamilar, o qual geralmente é a má pega.

Início da mamada na mama menos afetada.

Ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo da ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada.

Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou machucados.

Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante.

Usar entre as mamadas o próprio leite materno ordenhado nas fissuras.

Depressão puerperal:

Prevalência de 10 a 15% das puérperas.

Devem ser adotadas medidas de apoio com médico e/ou enfermeira ou técnico em saúde mental.

Deve-se realizar visita domiciliar pelo risco de negligência e/ou maus tratos ao bebê se a paciente não seguir o acompanhamento proposto.

Se a situação não for aguda e grave a mulher deve ser referenciada para profissional da saúde mental (matriciamento ou referência secundária), o médico pré-natalista e enfermeira (equipe multidisciplinar) podem tratar de maneira eficaz 70% dos casos leves.

Comunicar ao pediatra da equipe pelos riscos potenciais ao RN.

Fatores de Risco para Depressão Puerperal:

- Primiparidade;
- Gestação indesejada;
- Mãe jovem ou mãe solteira;
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer;
- Parto cesáreo;
- Alimentação c/ mamadeira;
- Antecedentes familiares ou pessoais de desordem psiquiátrica;
- Fatores psicossociais: difícil situação financeira, ausência de raízes, precária situação familiar, más condições de moradia, desemprego, etc.

Psicose puerperal:

Prevalência de 1/500 puérperas.

Se quadro agudo a paciente deve ser encaminhada para o Pronto Atendimento em Saúde Mental no PA Cruzeiro do Sul ou no Centro de Saúde IAPI, para atendimento especializado e imediato.

ALEITAMENTO MATERNO

Orientações de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno no Pré-Natal

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

O pré-natal é um momento importante para orientar as mulheres e familiares sobre o aleitamento materno, além de ser possível a formação de grupos de gestantes ou de sala de espera, esclarecendo dúvidas, dissipando os medos e mitos.

A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno.

Benefícios do aleitamento materno

- O leite dos primeiros dias após o parto é chamado de colostro e oferece grande proteção contra infecções, diz-se que é a “primeira vacina” do bebê;
- O leite materno é capaz de suprir sozinho, as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas, além de ser bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies;
- Bebês amamentados possuem menor incidência de diarreia, alergias, doenças respiratórias, otite, sinusite e rinite diminuindo os riscos de doenças na vida adulta, como diabetes, obesidade e hipertensão arterial;
- O leite materno fornece a água necessária para manter o bebê hidratado, mesmo com temperatura ambiente elevada;
- É mais econômico e mais prático.

Durante o acompanhamento de Pré-Natal, quer seja em grupo ou no atendimento individual é importante abordar os seguintes aspectos:

- O Ministério da Saúde recomenda aleitamento materno até os 02 anos de idade ou mais, sendo exclusivo até os 06 meses;
- No pré-natal, é importante conversar com os pais e cuidadores sobre a alimentação da criança, assim como experiências prévias, mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno;
- Abordar as dificuldades que podem ocorrer na amamentação, como preveni-las e a importância e vantagens do aleitamento materno para mãe, bebê e família;
- Explicar para a gestante a importância da amamentação logo após o parto, no alojamento conjunto e a técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à lactação;
- Orientar sobre as consequências do desmame precoce e desvantagens do uso de leite não humano;
- A mãe deve ser instruída sobre os sinais que indicam que o bebê está pronto para mamar (movimento dos olhos, da cabeça, sinais de procura com a língua para fora, agitação dos braços, mãos na boca, etc.), não sendo necessário esperar o choro do bebê;
- A “preparação” das mamas para a amamentação tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas;
- A gestante tem o direito ao acompanhante durante o parto e no alojamento conjunto;
- Estimular a gestante a visitar a maternidade onde o bebê vai nascer;
- O contato pele a pele da mãe com o bebê na sala de parto nos primeiros 60 minutos é muito importante para o vínculo mãe-bebê, facilitando e estimulando o aleitamento materno;
- A maternidade irá agendar na unidade de Saúde, o primeiro atendimento do binômio mãe-bebê;

Orientações para a gestante no pré-natal

- A mãe deve manter uma alimentação equilibrada com o consumo de frutas, legumes, carnes, carboidratos, leite e derivados;
- Prática de atividades física adequada, seguindo as orientações do seu médico;
- Orientar a gestante quanto ao uso de medicamentos ou produtos químicos tópicos (tinturas, cosméticos), conforme orientação médica;
- Desestimular a ingestão de bebidas alcoólicas e cigarros;
- Esclarecer que mamilo invertido ou plano não é impedimento para amamentar, visto que o bebê deve sugar mais ou menos 2 cm do seio, e não apenas o mamilo.

Orientações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Puerpério

- A amamentação após o parto favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia contribuindo para o retorno ao peso normal.
- A amamentação protege a mulher contra câncer de mama, ovário e o risco para doenças crônicas não transmissíveis.
- Nos primeiros meses, o bebê ainda não tem horário para mamar. Ele deve mamar sempre que quiser. Com o tempo ele faz o seu horário.
- Durante a mamada, a quantidade de gordura do leite vai aumentando. Se o bebê não tomar o leite do fim da mamada, que tem mais gordura, ele pode sentir fome em seguida. Por isso, a mãe deve esvaziar a mama por completo para depois oferecer a outra.
- Um bebê em aleitamento materno exclusivo, mama de 08 a 12 vezes ao dia, é normal ele mamar com maior frequência e sem horários regulares.
- A causa mais comum de dor nos mamilos e fissuras é a má posição em que a criança suga. Ela não abocanha suficiente a aréola e suga apenas o mamilo.
- Para proteger as mamas contra rachaduras, passar o leite materno antes e depois do bebê mamar. Não é necessário usar cremes ou outros medicamentos nos mamilos.
- Nem todo choro de bebê é fome, ele pode chorar porque sente frio ou calor, cólica, desconforto, tem as fraldas sujas ou está precisando de aconchego.

- Um bom indicativo da ingestão adequada de leite é a troca de fraldas com bastante urina.
- Crianças que fazem o uso de chupetas, em geral, são amamentadas com menor frequência, o que pode comprometer a produção de leite. O uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato.
- O uso de chupetas, bicos, mamadeira ou “protetores de mamilo” faz o bebê ficar confuso para mamar (confusão de bico). O jeito de abocanhar e sugar o leite são muito diferentes do bico artificial e o bebê pode parar de mamar.

Mulher trabalhadora que amamenta

- Quando a mãe voltar ao trabalho é possível continuar amamentando, esta deve ser orientada a amamentar o bebê antes de sair de casa e imediatamente ao retornar.
- Orientar para a extração manual do leite materno nos horários em que o bebê costuma mamar, armazenando o mesmo em frasco esterilizado (vidro transparente com tampa plástica, como maionese ou café solúvel, previamente fervido em água limpa por 15 minutos).
- Conservar o leite materno na geladeira. O transporte do vidro deve ser em isopor ou bolsa térmica.
- O leite cru pode ser armazenado por 12 horas na geladeira e no freezer 15 dias.
- Na ausência da mãe, o leite deverá ser oferecido ao bebê de copinho ou xícara. NÃO é recomendado o uso de mamadeira.
- O leite materno para ser oferecido à criança, só pode ser aquecido em água quente em fogo desligado (banho-maria), fazendo-se movimentos lentos e suaves para misturar os componentes.
- A produção de leite materno depende do esvaziamento da mama, quanto mais o bebê mamar, mais leite a mama irá produzir.
- É possível manter a amamentação em uma nova gravidez se for o desejo da mulher e se a gestação for normal.

Quadro 1 - ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Tipo de Infecção	Isolamento mãe/filho	Amamentação	Observações
Gonorréia	Sim, até 24 horas após início do tratamento.	Sim, após isolamento.	Tratar a mãe. Isolar criança dos demais RNs até 24 hs após início do tratamento.
Sífilis	Somente nos casos em que a mãe apresente lesões ativas de pele.	Permitida, com exceção dos casos em que a mãe apresente lesões ativas na mama.	Tratar mãe e criança.
Tuberculose ativa	Não, desde que a doença esteja sendo tratada por no mínimo 2 semanas e a criança esteja recebendo isoniazida	Permitida, se não houver indicação de isolamento.	Tratar a mãe; isoniazida profilática no RN.
Citomegalovirose	Não.	Permitida.	O aleitamento materno confere efeito protetor.
Herpes simples	Não, porém com medidas de higiene e cobertura das lesões.	Permitida, desde que não haja lesões na mama.	Medidas de higiene. Cobrir as lesões.
Sarampo	Somente se a mãe suscetível foi exposta à doença pouco antes do parto	Permitida, se não houver indicação de isolamento.	A doença costuma ser benigna no RN que adquire o vírus após o nascimento.
Rubéola	Não.	Permitida.	O aleitamento materno confere efeito protetor. Mãe e criança devem ser isolados dos demais.
Varicela	Sim, se a mãe apresentar varicela até 6 dias antes ou 2 dias após o parto, se a criança não apresentar lesões.	Permitida, se não houver indicação de isolamento.	Imunoglobulina no RN.
Caxumba	Não.	Não.	Mãe e criança devem ser isolados dos demais. A doença tende a ser benigna no 1º ano de vida.
Hepatite B	Não.	Permitida, desde que a criança receba imunoglobulina nas primeiras 12 hs de vida e seja vacinada	Para o RN a Imunoglobulina e a vacina nas primeiras 12 hs. A 2ª dose da vacina aos 2 meses, 3ª dose aos 4 meses e última dose aos 6 meses. (As doses do 2º, 3º e 6º mês são feitas na Pentavalente)
HIV	Não	Não	

ANEXO I - ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À GESTANTE DE BAIXO RISCO

<p>Primeira consulta</p>	<p>Discutir o que representa esta gravidez para a paciente e seus familiares.</p> <p>Registrar informações em prontuário e carteira de pré-natal.</p> <p>Anamnese: Identificação, história da gestação, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes mórbidos, antecedentes familiares.</p> <p>Exame físico geral: peso, estado nutricional, pressão arterial, frequência cardíaca, ausculta cardio-pulmonar, exame de membros inferiores.</p> <p>Exame físico obstétrico: Examinar mamas e genitais externos, realizar exame especular e exame direto de secreção vaginal. Definir, com maior precisão possível, a idade gestacional. Medir a altura uterina, auscultar os BCF, identificar o número de fetos, a situação e apresentação fetal e realizar toque vaginal.(ver pg12)</p> <p>Solicitação de exames complementares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Tipagem sanguínea e fator RH, Coombs indireto se Rh negativo - Glicemia de Jejum - E.Q.U. e urocultura - Teste rápido Anti HCV para as pacientes de risco - IgG e IgM para Toxoplasmose - Teste rápido de HIV, sífilis, - Teste rápido Hbsag - Eletroforese da Hb (papel filtro) - Exame Citopatológico do colo do útero (se último há mais de 1ano) <p>Identificação de fatores de risco.</p> <p>Orientações importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importância do pré-natal - Uso de álcool, fumo e drogas - Ganho de peso e hábitos alimentares <p>Sinais e sintomas (comuns e de risco)</p>
<p>Segunda consulta e/ou entre 16 e 26 semanas</p>	<p>Avaliar a existência de sinais e sintomas de risco</p> <p>Avaliação dos exames laboratoriais (vide anexos II e IV)-</p> <p>Realizar e registrar exame obstétrico</p> <p>Avaliar número de fetos (palpação abdominal, BCF e Movimentos fetais (MF))</p> <p>Avaliar e registrar o desenvolvimento fetal (AU no gráfico)</p> <p>Avaliar e registrar vitalidade fetal (BCF e MF)</p> <p>Iniciar suplementação de Ferro profilático ou terapêutico.</p> <p>TTG 75mg 1º e 2ºhora conforme anexo do rastreamento da diabete gestacional.</p> <p>Solicitar Coombs Indireto a partir de 24 semanas, se Rh negativo e após exames mensais até o final da gestação.</p> <p>EQU e urocultura com teste</p> <p>Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG, se IgG do 1º trimestre negativo.</p>

<p>Terceira consulta e/ou entre 27 e 32 semanas</p>	<p>Avaliar a existência de sinais ou sintomas de risco (principalmente a medida da Pressão Arterial) Realizar e registrar o exame obstétrico Avaliar e registrar o desenvolvimento fetal (AU no gráfico) Avaliar e registrar vitalidade fetal (BCF e MF) Solicitação de exames complementares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, - Coombs Indireto (se Rh Negativo) - Teste rápido de HIV - Teste rápido de sífilis - EQU/Urocultura com teste - Teste rápido HBsAg - Teste rápido Anti HCV para as pacientes de risco - IgG e IgM para Toxoplasmose (se IgG anterior for negativo) - Exame de secreção vaginal pra detecção de vaginose bacteriana
<p>Quarta Consulta e/ou entre 33 e 37 semanas</p>	<p>Realizar exame obstétrico Solicitar exames complementares referidos na consulta anterior, se não realizados. Verificar situação e apresentação fetal Controle rigoroso da Pressão Arterial Orientações importantes sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ocorrência de sangramentos - Ruptura da bolsa - Movimentação fetal normal - Trabalho de parto - Sinais premonitórios - Hipertermia - A chegada do bebê na família <p>Solicitar entre 35-37 semanas, pesquisa para Streptococcus do grupo B. (anotar resultado bem sinalizado na carteira de pré-natal).</p>
<p>Quinta e Sexta consulta e/ou entre 38 e 41 semanas</p>	<p>Avaliar a existência de sinais ou sintomas de risco Realizar e registrar exame obstétrico completo Avaliar e registrar o desenvolvimento fetal (AU no gráfico) Avaliar e registrar vitalidade fetal (BCF e MF) Verificar situação e apresentação fetal Observar consistência, apagamento e dilatação do colo uterino Controle rigoroso da Pressão Arterial</p> <p>Orientações importantes sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdas Vaginais (Sangue, líquido, leucorréia, tampão) - Movimentação fetal - Trabalho de parto - Sinais premonitórios - Hipertermia - Cuidados com o RN e importância da puericultura <p>Orientar a revisão da mãe e do bebê, no pós-parto.</p>

Obs: Este se refere ao calendário mínimo, o ideal seria que a gestante consultasse mensalmente até a 32ª semana de gestação, quinzenalmente da 32ª até a 36ª semana e, a partir da 36ª, semanalmente até o parto e uma revisão de puerpério imediato 7 a 10 dias após o parto.

ANEXO II – EXAMES LABORATORIAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL - CONDUTAS

EXAMES DE ROTINA	RESULTADOS	CONDUTAS
Tipagem Sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicitar o teste de Coombs indireto, se negativo, repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24 ^a semana. Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco
	Teste rápido para sífilis positivo (Ver rotina teste rápido, anexo XII)	Sífilis primária – tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única, dose total 2.4000.000 UI).
Sorologia para Lues	NA IMPOSSIBILIDADE DE DEFINIR O TEMPO DA DOENÇA, TRATAR COMO SÍFILIS TARDIA.	Sífilis recente (até 1 ano) – tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega) repetir em uma semana, dose total de 4.800.000
	-Sempre tratar o parceiro.	Sífilis tardia (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida) tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega) em 3 aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 7.200.000 UI.
	-Fazer a notificação da sífilis em formulário específico.	OBS: Quando a gestante for alérgica a Penicilina, está deve ser encaminhada para sua emergência obstétrica de referência para internação e realização da desensibilização e tratamento.
	-Anotar o tratamento na carteira de pré natal.	
EQU	Teste rápido negativo	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto e em caso de abortamento.
	1. Proteinúria	- “traços”: repetir em 15 dias - “traços”: + hipertensão ou maciça, encaminhar para emergência obstétrica
	2. Piúria	Tratar e solicitar urocultura com antibiograma
	3. Hematúria	- se piúria associada tratar e solicitar urocultura - se isolada, excluído sangramento genital, referir à

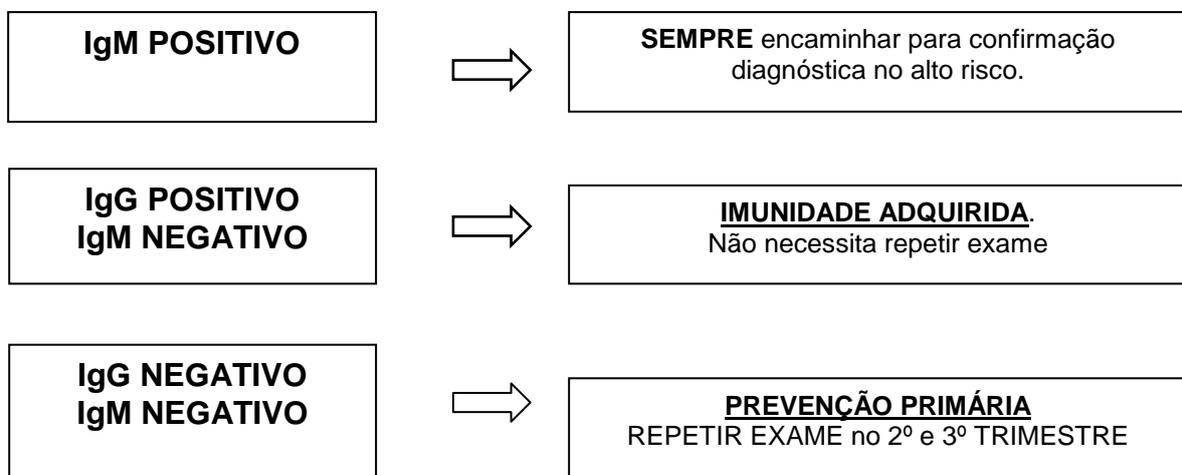
Dosagem de Hemoglobina		consulta especializada
	4. Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
	5. bacteriúria	Investigar vaginites e cervicites e solicitar urocultura
	Hemoglobina $\geq 11\text{g/dl}$	Ausência de anemia Suplementação de ferro a partir da 20 ^o semana: 40mg de ferro elementar (01cp/dia). Recomenda-se ingerir antes das refeições.
Dosagem de Hemoglobina	Hemoglobina $< 11\text{g/dl}$	Anemia leve e moderada a) solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes b) Tratar a anemia com 120 a 240 mg de ferro elementar, via oral (01 ou 02 cp de 8/8h) c) Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: -se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (60 mg Fe elementar), e repetir a dosagem no 3 ^o trimestre. -se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	$\geq 8\text{g/dl}$	
Dosagem de Hemoglobina	Hemoglobina $< 8\text{g/dl}$	Anemia grave Referir ao pré-natal de alto risco

ANEXO III - SCREENING E DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO.

Solicitar na 1ª consulta de pré-natal para todas as gestantes (exceto se a gestante for comprovadamente IgG positiva)

Solicitar pesquisa de **IgG e IgM**, sendo que **O IGM DEVERÁ SER SOLICITADO POR MÉTODO DE CAPTURA** (exemplos: ELFA, ELISA).

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:



OBS: o IgG poderá ser realizado por várias técnicas, entretanto só pode ser valorizado como um teste qualitativo e não quantitativo. Medidas quantitativas (títulos) não são confiáveis, especialmente quando não pareados ou de laboratórios diferentes.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Experiências em várias partes do mundo mostram que a maneira mais efetiva, simples e econômica de prevenir a toxoplasmose congênita é informar as gestantes sobre os riscos da infecção e educá-la de modo a adquirirem comportamentos preventivos. As medidas recomendadas como prevenção primária estão relacionadas abaixo.

Gatos

Mantê-los dentro de casa.

Limpar a caixa de areia diariamente (se gestante, evitar ou usar luvas).

Dar apenas alimentos secos, industrializados ou cozidos.

Carne e ovos

Evitar comer carne crua ou malpassada durante a gestação. A carne deve ser cozida até perder a cor avermelhada. Evitar comer ovos crus e mal passados. Ao manusear carne crua usar luvas e lavar bem as mãos após. Não tocar nos olhos, boca e nariz enquanto não lavar as mãos. Manter as facas e utensílios de cozinha completamente limpos e lavar bem as superfícies que entraram em contato com a carne crua.

Vegetais

Usar luvas para mexer na terra. Lavar cuidadosamente os vegetais antes de comer. Ao manusear os vegetais usar luvas e lavar bem as mãos as mãos após. Não tocar nos olhos, boca e nariz antes de lavar as mãos. Evitar o acesso de moscas e outros insetos aos alimentos.

ANEXO IV - ORIENTAÇÕES PRÉ-CONCEPCIONAIS

- Vacinação para rubéola e hepatite B em mulheres em idade fértil
- Uso de ácido fólico para prevenção de malformações do tubo neural (400mcg/dia a 5 mg/dia, 2-3meses antes da concepção e manter nos três primeiros meses de gestação).
- Avaliar riscos da utilização de medicação de uso contínuo na gestação (corticóides, anticonvulsivantes, hipoglicemiantes orais, etc)
- Aconselhamento genético para mulheres com idade superior a 35 anos, história pessoal ou familiar de criança com defeito aberto do tubo neural, risco étnico para condições genéticas detectáveis, história familiar ou pessoal de doença cardíaca congênita, resultados anormais do teste tríplice em gestação prévia, história pessoal ou familiar de anormalidades cromossômicas, diabetes prévio à gestação, abortamento habitual, exposição a drogas teratogênicas, história de uso de quimioterapia ou radiação, história pessoal ou familiar de hemofilia, distrofia muscular, fibrose cística, coréia de Huntington, acondroplasia, síndrome de Marfan, deficiência de G6PD, fenilcetonúria, retardo mental ou desenvolvimento anormal.
- Aconselhamento sobre uso de tabaco, álcool, e outras drogas lícitas ou ilícitas.
- Vacinação para influenza.
- Teste rápido para HIV, Sífilis e exames de hepatites B e C
- Sorologia para Toxoplasmose e prevenção primária.
- Detecção do risco reprodutivo da mulher para realizar aconselhamento. Detectar patologias crônicas não previamente diagnosticadas, ou patologias crônicas descompensadas, como diabete melitus, hipertensão arterial crônica, dislipidemias, etc. Desaconselhar a gestação se o risco for importante e programar para a concepção ocorrer após a estabilização e tratamento das patologias clínicas. (OBS: as principais causas de morte materna em Porto Alegre nos últimos oito anos são as doenças clínicas que coincidem com o ciclo gravídico puerperal.)
- Orientar hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividades esportivas).

ANEXO V - PARASIToses

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.

O diagnóstico e o tratamento de pacientes com essas condições deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação.

Pacientes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças.

Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas (como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo) devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais (Cadernos de Atenção Básica / Atenção ao Pré natal de baixo risco / 2012).

ESCABIOSE E PEDICULOSE:

Tratamento:

A droga de escolha é a loção ou creme com Permetrina 1%. (CDC 2010), categoria B; uma única aplicação é normalmente curativa. Deixar em contato com a pele por 8 a 14 horas, podendo ser reaplicada em 7 dias se os sintomas e sinais persistirem. Enfatizar que a aplicação deve se estender às pregas da pele, entre os dedos das mãos e pés, entre as nádegas, embaixo das axilas e genitália externa. A escabiose pode afetar a cabeça, o escalpo e pescoço em crianças pequenas, e o escabicida deve ser aplicado nestas áreas igualmente. Não é recomendada na lactação, pois há excreção no leite materno.

Uso em mães que amamentam: deve-se suspender a amamentação enquanto houver resíduo do medicamento nas mamas. Recomenda-se esgotar as mamas previamente e fornecer o leite materno em copinho.

**MEDICAMENTOS INDICADOS NA TERAPÊUTICA DAS HELMINTÍASES E PROTOZOSES
INTESTINAIS DURANTE A GESTAÇÃO**

HELMINTÍASE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Ancilostomíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Ascaridíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Esquistomose	Oxaminique Praziquantel Ditioletona	CONTRA INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos
Himenolepiíase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes por dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Protozoose	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias
Giardíase	Metronidazol	250mg, duas vezes por dia, por VO, durante sete dias

ANEXO VI - USO DE DROGAS NA AMAMENTAÇÃO

GRUPOS DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO: Suspender a amamentação temporária ou definitivamente	USO CRITERIOSO: Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais	USO COMPATÍVEL: Uso potencialmente seguro em doses habituais
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTIINFLAMATÓRIOS E OPIÁCEOS	Sais de Ouro	Fenibutazona, indometacina, dextrorpopoxifeno.	Ácidos mefenâmico e flufenâmico. Diclofenaco. Piroxicam.
		Doses elevadas/ uso prolongado: morfina, codeína,	Naproxeno, cetoprofeno, ibuprofeno, colchicina. Paracetamol,
		Petidina, salicilatos.	Uso de curta duração: dipirona, morfina, codeína, petidina, salicilatos.
ANTIBIÓTICOS E ANTIINFECCIOSOS		Clindamicina, cloranfenicol, imipenem.	Penicilinas, ampicilina, amoxilina, carbecilina, oxacilina,
		Sulfametaxazol, sulfonamidas, nitrofurantoína,	Cefalosporinas, aminoglicosídeos, aztreonam, teicoplanina,
		Ácido nalidixico.	Vancomicina, eritromicina, azitromicina, claritromicina,
		Quinolonas: evitar ciprofloxacino, preferir norfloxacina.	Lincomicina, tetraciclina, rifampicina, tuberculostáticos.
		Antivirais. Escabicidas: lindano e	Antivirais: aciclovir, idoxuridina. Escabicidas : exeto lindano e
		monossulfiram. Antimicóticos: cetoconazol,	monossulfiram. Antimicóticos: miconazol, nistatina,
		Itraconazol, terconazol, isoconazol. Metronidazol,	Fluconazol, clotrimazol, anfotericina B, griseofulvina.
		Tinidazol, furazolidona. Antimaláricos.	Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos. Pentamina,
		Pirimetamina. clofazimina, dapsona.	Antimoniato de meglumina.

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Anfetaminas, cocaína, heroína	Antidepressivos: amitriptilina, imipramina, lítio,	Benzodiazepínicos: oxazepam e lorazepam.	
	LSD, maconha	Moclobemida, fluoxetina, maprotilina, paroxetina.	Anticonvulsivantes: carbamazepina, ácido valproíco.	
		Anticonvulsivantes: fenobarbital, butabarbital,	Clomipramina.	
		Primidona, difenilhidantoína, etosuximida,		
		Clonazepam. Antipsicóticos: haloperidol,		
		Droperidol, pimozida, sulpirida, clorpromazina,		
		Levopromazina, flufenazina, periciazina,		
		Derivados da ergotamina (anti-enxaqueca).		
	Antiparkinsonianos.			
HORMÔNIOS E ANTAGONISTAS	Tamoxifen. Andrógenos.	Hipoglicemiantes orais.	Adrenalina, insulina, tiroxina. Anticoncepcionais: progesterona	
	Bromocriptina, cabergolina.	Propiltiuracil, carbomizol, metimazol.	(microdosagem, espermaticidas, DIU com progestogênio).	
	Misoprostol. Mifepristone.	Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado.	Corticosteróides: uso de curta duração.	
	Esfrógenos: doses elevadas.	Ocitocina, ergonovina.		
MISCELÂNEA	Amiodarona.	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol.	Antiácidos. Cimetidina, ranitidina, famotidina, cisaprida,	
	Antineoplásicos citotóxicos/munossipressores	Teofilina, aminofilina.	Antieméticos: metoclopramida, bromoprida, alisaprida, domperidona.	
		Iodetos, Iodopovidona.	Anti-histamínicos: preferir loratadina. Descongestionantes.	
	Substâncias radiotivas.	Antitussígenos.	Mucolíticos: exeto Iodetos. Broncodilatadores orais e inalados.	
	Fenindiona.	Nafazolina, oximetazolina, fenilefrina	Heparina, warfarin, dicumarol.	

		Casiprodol.	Betabloqueadores: preferir propanolol, labetol. Digitálicos. Bloqueadores de canais de cálcio: nifedipina, verapamil.
		Clonidina. Pizotifeno.	Anti-hipertensivos: metildopa, captopril, hidralazina. Diuréticos. Lidocaína.
		Reserpina.	Laxativos.
		Bebidas alcoólicas. Nicotina.	Vitaminas. Imunoglobinas. Vacinas.

ANEXO VII - RASTREAMENTO UNIVERSAL DA ANEMIA FALCIFORME NO PRÉ NATAL

Está relatado abaixo a descrição parcial da Nota técnica do Ministério da Saúde com as orientações e justificativas da Inclusão da Eletroforese da Hemoglobina como exame de Pré-natal de rotina.

NOTA TÉCNICA N.º 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS

Assunto: Inserção da Eletroforese de Hemoglobina nos Exames de Pré Natal – Rede Cegonha

A Doença Falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no mundo. A causa da doença é uma mutação no gene que produz a hemoglobina A originando outra mutante denominada hemoglobina S, que é uma herança recessiva. Existem outras hemoglobinas mutantes como, por exemplo: C, D, E, etc., que em par com a S constituem-se num grupo denominado de Doença Falciforme: Anemia Falciforme (HbS), S/Beta Talassemia (S/ β Tal.), as doenças SC, SD, SE e outras mais raras. Apesar das particularidades que distinguem as Doenças Falciformes e de graus variados de gravidade, todas essas doenças têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes.

Dentre as Doenças Falciformes a de maior significado clínico é a Anemia Falciforme determinada pela presença da Hb S em homozigose (Hb S), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S.

A gestação na doença falciforme está associada a um aumento de complicações clínicas materno-fetais. A gravidez pode agravar a doença com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises algicas e infecções. A doença pode interferir na evolução normal da gestação, ocorrendo riscos significativamente maiores de morte nas grávidas com a doença quando comparadas com as mulheres saudáveis. O aumento das oportunidades de prevenção e intervenção está relacionado com o entendimento da doença pela paciente, as condições médicas oferecidas no pré-natal e durante o parto, a previsibilidade das complicações relacionadas à gravidez e sua correta abordagem precoce. Os riscos materno-fetais incluem aumento das crises vaso-oclusivo no pré e pós-parto, infecções do trato urinário, complicações pulmonares, anemia, pré-eclâmpsia e óbito. Nas complicações fetais observam-se partos pré-termo, restrição do crescimento intra-uterino devido a vaso-oclusão placentária, sofrimento fetal durante o trabalho de parto e no parto, além de elevação da taxa de

mortalidade perinatal. (Manual de Educação em Saúde, Volume 1, Autocuidado na Doença Falciforme do Ministério da Saúde).

Quanto mais precoce o diagnóstico da doença falciforme e o estabelecimento da atenção integral a estas pessoas, maior a possibilidade de longevidade com qualidade de vida. Entretanto, no país a triagem neonatal é muito recente, tendo sido instituída em 2001 e ainda não implantada em nove Estados da Federação. Em muitos estados a cobertura da triagem neonatal ainda está abaixo de 90% (dados do programa nacional de triagem neonatal). Por estes dados podemos concluir que temos muitas mulheres em idade reprodutiva com a doença, mas ainda, sem o diagnóstico firmado.

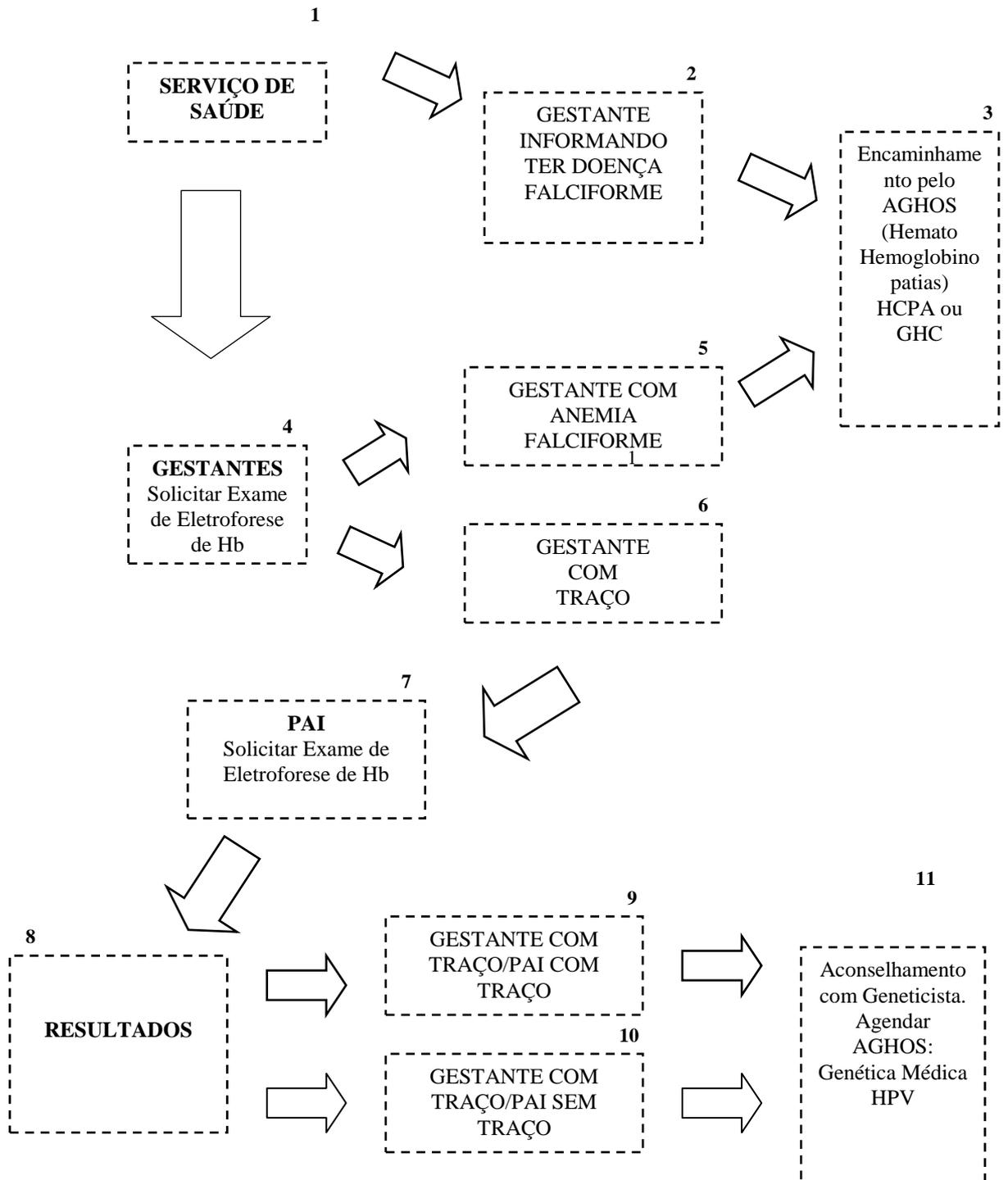
O alto grau de miscigenação da população brasileira sinaliza a necessidade de divulgação, informação e disponibilidade de exames para doença falciforme evitando que pessoas cheguem ao óbito sem usufruir os cuidados mundialmente preconizados e que tem cada dia mais, elevado a vida média com qualidade destas pessoas.

Diante do exposto, sugerimos que o exame para detecção de doença falciforme faça parte do rol de exames do pré-natal. E no caso de serem diagnosticadas com a doença, as gestantes serem encaminhadas para pré-natal de alto risco, recebendo orientação e informação com todos os detalhes da sua condição genética.

A doença falciforme é diagnosticada pelo exame de Eletroforese de hemoglobina em pH alcalino, que está inserido na tabela SUS, ao custo ambulatorial de R\$ 5,41 e disponível para solicitação na atenção básica.

O diagnóstico no programa de pré-natal, uma rede organizada tendo a Atenção Básica como suporte e a garantia do sistema de referência poderão promover grande impacto no perfil de morbimortalidade e qualidade de vida para as gestantes tratadas adequadamente.

FLUXO DE RASTREAMENTO DA ANEMIA FALCIFORME EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE



* HCPA e GHC encaminharão para o Pré Natal de Alto Risco.

ANEXO VIII – INTERPRETAÇÃO DO EXAME DA ELETROFORESE DA HEMOGLOBINA EM ADULTOS

A hemoglobina padrão é chamada de **Hemoglobina “A”**.

As hemoglobinas que não forem **“A”** são chamadas de variantes.

Quando no resultado, estiver escrito apenas um A, por ex. AS ou AC ele deve ser considerado como um resultado que indica uma característica ou padrão familiar, ou seja, a pessoa é **TRAÇO FALCIFORME** ou **HETEROZIGOTO** para hemoglobina S ou C (Hb AS ou Hb AC) e a pessoa deve ser orientada ao ambulatório de Aconselhamento Genético

Quando no resultado não existir nenhum A, o teste deve ser considerado **ALTERADO** ou **HOMOZIGOTO** para hemoglobina S ou C (Hb SS, Hb SC ou Hb CC)

RESULTADOS POSSÍVEIS:

Hb AA – padrão ou normal: sem necessidade de encaminhamento.

Hb AS - heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme: encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme.

Hb AC – heterozigose para hemoglobina C: encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme.

Hb A com variante qualquer: encaminhar ao ambulatório de aconselhamento genético para doença falciforme.

Hb SS ou SC : doença falciforme ou ainda Hb S + outra variante, ou Hb C + outra variante : além do ambulatório de aconselhamento genético precisamos enviar para os centros de referência em tratamento (HCPA e GHC).

Estima-se que 1 em cada 60 testes sejam alterados (baseado na triagem neonatal). Lembrar sempre de informar adequadamente a paciente que está grávida. Transmitir tranquilidade perante o resultado e informá-las de que se trata de um ambulatório para esclarecimentos sobre o teste realizado

Consultora:

Elizabeth Lemos Silveira Lucas, M.D., Ph.D.

telegenetica@me.com

ANEXO IX - DIRETRIZ PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

- 1- Ter pelo menos 7 dias de atraso menstrual.
- 2- Se o teste for negativo e a paciente persistir com atraso menstrual, deve retornar em 48 ou 72 horas e **fazer o teste com a primeira urina da manhã**.
- 3- O teste de gravidez dando positivo, imediatamente deverá ser agendada consulta de pré-natal e já realizar o teste rápido para HIV e Sífilis.
- 4- Se o atraso menstrual persistir e o teste continuar negativo, solicitar o exame de BHCG. (coleta de sangue no laboratório).
- 5- Orientações para a realização do teste:
 - a) **Coletar a urina em um recipiente limpo, seco e sem conservante (pote coletor de urina).**
 - b) **Retirar uma tira reagente do frasco, contendo várias tiras reagentes.**
 - c) **Introduzir a tira reagente na posição vertical no recipiente contendo a amostra de urina até a marca indicada (nível máximo) na tira reagente.**
 - d) **Aguardar 5 minutos para ler o resultado (nunca ultrapassar 10 minutos para a leitura do teste).**
 - e) **Aparecerá em 5 minutos, uma faixa colorida no espaço superior da membrana (Área de controle), mostrando que o teste está completo.**
 - f) **Confiabilidade do Teste Rápido de Gravidez 99,04%.**

LEITURA:

*** Se outra faixa colorida aparecer logo abaixo o teste é POSITIVO.**

*** Se esta faixa for de coloração clara, ou seja, com intensidade de cor menor que a da área controle, o teste também é POSITIVO.**

*** Se não houver esta faixa o teste será NEGATIVO.**

Portanto:

***Teste POSITIVO: duas faixas (Controle e outra abaixo)**

***Teste NEGATIVO: Somente uma faixa**

Obs: No caso de não haver o desenvolvimento da faixa colorida na Área de controle, o teste deve ser desconsiderado e repetido.

ANEXO X - PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL

Este protocolo se refere ao rastreamento de diabetes para todas as gestantes, visando padronizar o diagnóstico e detectar qualquer grau de intolerância a glicose. Ele está baseado em informações atuais, recomendadas pelo ADA (Association Diabetes American) e endossadas pelo ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists). É também um consenso entre a Área Técnica da Saúde da Mulher e as Maternidades de Referência da Assistência Obstétrica de Porto Alegre.

O objetivo deste rastreamento é melhorar a assistência à gestante e evitar complicações na gravidez para mãe e feto decorrentes de hiperglicemia.

A diabetes gestacional (DMG) é atualmente a alteração metabólica mais prevalente na gestação atingindo 12 a 13% das mulheres grávidas. O diabetes tipo 1 atinge 0,1% das grávidas e o diabetes tipo 2 prevalece entre 2 e 3% das gestações, ao ano. Com os critérios utilizados no estudo HAPO 2008, a incidência de DMG chega a 18% das gestação/ano. (HAPO 2008).

O Diabetes gestacional é diagnosticado na segunda metade da gestação, quando há diagnóstico de diabetes antes da metade da gestação, é provável que seja pré-gestacional.

Devemos informar as mulheres com DMG sobre os efeitos desta patologia sobre a gravidez. Orientá-las que o bom controle glicêmico em toda gravidez irá reduzir os riscos de macrossomia fetal, trauma durante o nascimento (para a mãe e bebê), diminuir a possibilidade de cesariana, hipoglicemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório e morte perinatal.

As metas para o controle da glicose no sangue são as mesmas que as utilizadas para as mulheres com diabetes pré-existente. Devem-se orientar as pacientes quanto à importância do exercício físico, controle da dieta e do peso, principalmente para as pacientes com IMC 25Kg/m², prevenido, dessa forma, as conseqüências desta patologia.

Os critérios para rastreamento positivo para Diabetes Gestacional incluem todas as gestantes que na primeira consulta de pré-natal, apresentarem glicemia de jejum $\geq 92\text{mg\%}$ e $< 126\text{MG\%}$, assim não havendo necessidade de fazer TTG.

As gestantes que apresentarem glicemia de jejum $\geq 126\text{mg\%}$, é provável que sejam diabéticas pré-gestacionais.

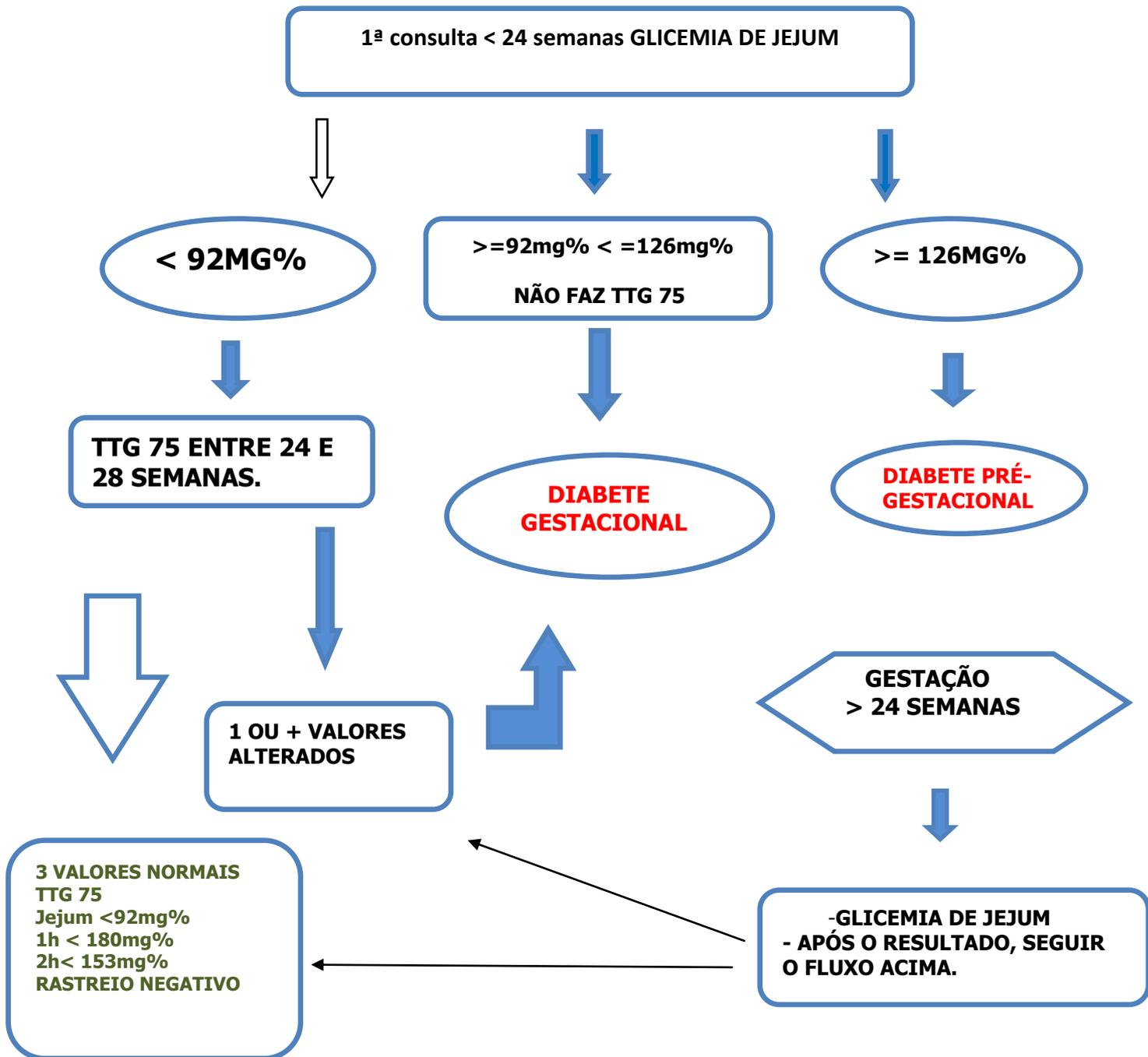
Todas as gestantes que apresentarem glicemias $<$ que 92mg\% antes das 24 semanas deve ser feito o TTG 75 entre 24 e 28 semanas.

Serão consideradas incluídas como DMG as gestantes que apresentarem uma medida ou mais alteradas. Os pontos de corte do TTG 75 são: JEJUM ≥ 92 , 1hora $\geq 180\text{mg}\%$, 2horas $\geq 153\text{mg}\%$.

Para as gestantes que fizerem a primeira consulta de pré-natal com mais de 24 semanas, deve ser solicitada uma glicemia de jejum; após o resultado, o fluxo é o mesmo que o da gestante com menos de 24 semanas.

É de extrema importância lembrar que esses testes devem ser realizados três dias após o consumo de uma dieta contendo mais de 150 g de carboidratos por dia; a paciente não pode fumar durante o teste e deve ficar sentada em repouso.

ALGORITMO PARA O RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL



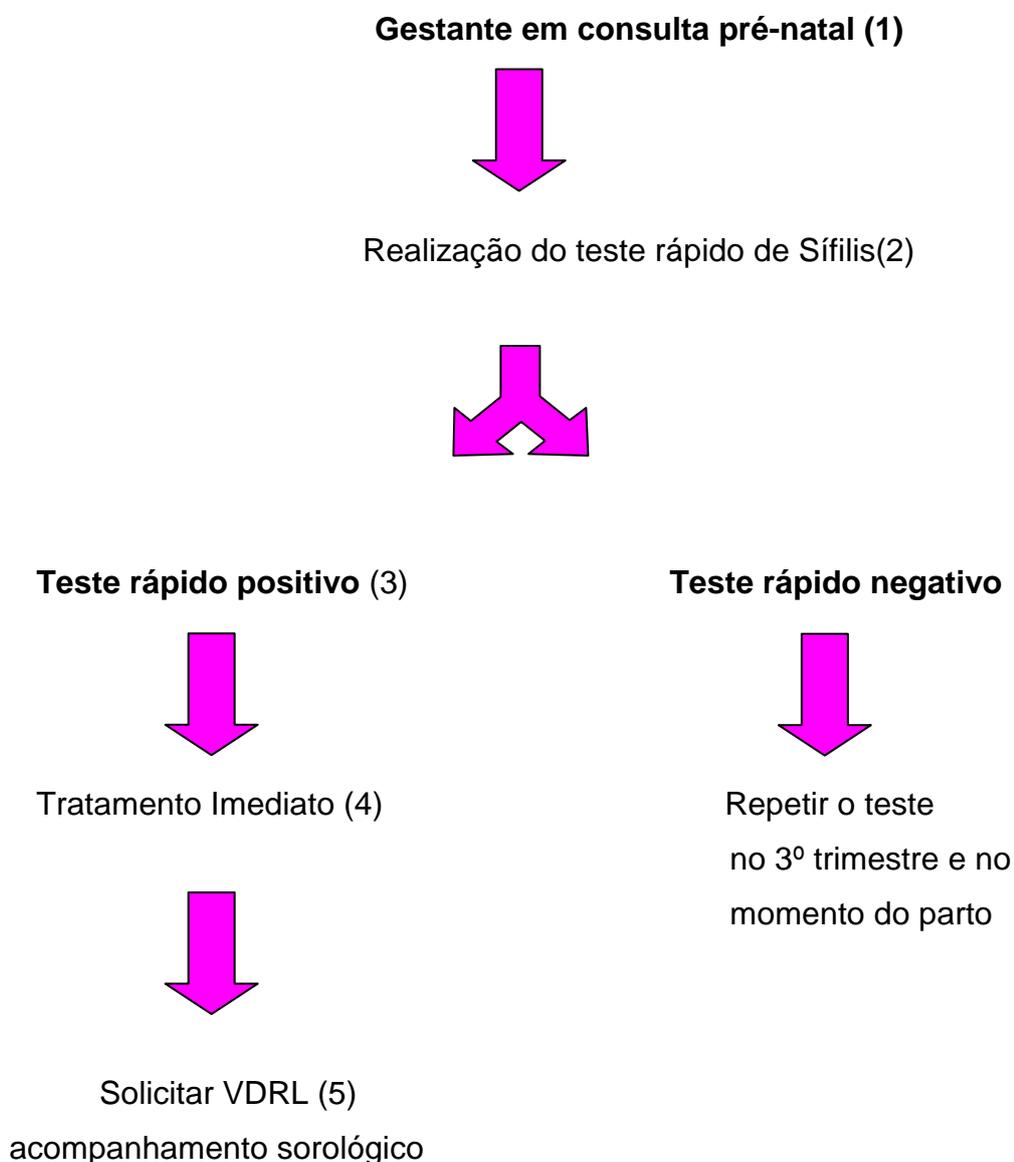
OBS: As gestantes com DMG ou diabetes pré-gestacional devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

ANEXO XI – TESTES RÁPIDOS DE ANTI-HIV E SÍFILIS

Nota Técnica nº 289 /2012/ GAB/SMS-CGRAPS-DST/Aids

Assunto: Institui a realização de testes rápidos, na rede de atenção básica, para detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

Anexo XII - FUXOGRAMA DE TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS



1. Gestantes deverão realizar o teste rápido no primeiro trimestre (ou primeira consulta do pré-natal), no terceiro trimestre e no momento do parto. Seria indicado que as seguintes populações fizessem um teste para sífilis a cada 6 meses: trabalhadores(as) sexuais e seus clientes e parceiros, homens que fazem sexo com homens, pessoa com história de abuso de álcool e outras drogas

2. O teste rápido deve ser realizado por pessoa capacitada conforme as instruções do fabricante. Esse é um teste treponêmico, análogo, portanto, aos testes FTA-Abs, microhemaglutinação para *T. pallidum*, enzimaímmunoensaio ou, mais recentemente, quimioluminescência. As reações ocorrem com anticorpos específicos do *T. pallidum* e os falsos positivos são muito infrequentes. São testes que ficam positivos por toda a vida, independente de tratamento, e indicam que a pessoa tem ou teve sífilis. A vantagem do teste rápido sobre os demais exames é a possibilidade de ser realizado no momento da consulta ou visita ao posto de saúde, fornecendo o resultado em minutos. Assim, evita a perda de oportunidade de tratamento para as pessoas com sífilis, em especial as gestantes, nas quais o tratamento correto é considerado curativo para o concepto.

3. O teste rápido positivo indica o início de tratamento imediato visando à perda de oportunidade da gestante. (ver item 5)

4. O tratamento deve ser realizado de acordo com a fase clínica conforme recomendação do Manual de Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/diretrizes-para-o-controle-da-sifilis-congenita-manual-de-bolsoe> Protocolo de Atenção ao pré natal de Baixo risco de 2014 (Porto Alegre).

5. Sabe-se que o TR é um teste treponêmico e, portanto, pode representar uma infecção passada. Em casos especiais, na presença de uma história confiável de tratamento adequado devidamente registrado (prescrição e a administração) da gestante e seu parceiro, de baixa possibilidade de reexposição e garantia de retorno pode ser aguardado o resultado do VDRL para início do tratamento. Após teste rápido positivo e início de tratamento deverá ser solicitado VDRL mensal para acompanhamento sorológico.

ANEXO XIII - NOTA TÉCNICA Nº 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS

Referência: Questionamento da Coordenação Estadual de Imunizações

Int. Gerência de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal

Assunto: Nota técnica referente à vacinação de gestantes contra hepatite B na rede do SUS.

A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), em atenção ao questionamento da Coordenação Estadual de Imunizações do Distrito Federal, referente à vacinação de gestante contra hepatite B, informa:

1. 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 mesma está indicada após o primeiro trimestre de gestação. Essa estratégia contribuirá para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70% a 90%) quando ocorre a contaminação em idade precoce.
2. A transmissão vertical ocorre predominantemente durante o parto, por meio de contato com sangue, líquido amniótico ou secreções maternas, sendo rara a transmissão via transplacentária, leite materno ou após o nascimento¹.
3. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B. As gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo de três doses, não necessitam de reforço vacinal. Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber três doses da vacina nos intervalos 0, 1 e 6 meses e ou completar o esquema já iniciado. A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia de acordo com a idade: 0,5 ml até 19 anos de idade e 1,0ml a partir desta, seguir as normas do PNI.
4. Para gestantes em situação de violência sexual recomenda-se a administração de três doses da vacina se a vítima não for vacinada e ou doses adicionais se estiver com esquema vacinal incompleto para hepatite B. Recomenda-se também dose única de Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), 0,06ml/kg, IM se a vítima for suscetível e o agressor AgHBs positivo ou pertencente a grupo de risco (usuário de drogas, portador de DST/Aids, sorologia desconhecida para hepatite B, por exemplo). Quando indicada, a IGHAHB₂ deve ser aplicada o mais precocemente possível, até no máximo, 14 dias após a violência sexual.
5. As principais finalidades da vacinação contra a hepatite B são prevenir a doença aguda, impedir a cronificação da hepatopatia e sua evolução para a cirrose hepática e ou hepatocarcinoma e, ainda contribuir na redução da transmissão viral. As características da

transmissão do vírus requerem estratégias diferenciadas de vacinação, para que sejam protegidos tanto os recém-nascidos quanto crianças, adolescentes e adultos ^{3 4}. O PNI oferece a vacina contra hepatite B nos calendários da criança, adolescentes, adultos e idosos. Para os adultos e idosos considera-se aqueles em condições especiais para controlar a infecção no país.

6 Embora a vacinação contra hepatite B tenha sido iniciada em 1989, as coberturas vacinais acumulada para a população de 1 ano a 19 anos de idade em 2009, dados parciais até março, demonstram que só 80,9% deste grupo etário receberam a terceira dose da vacina e que existem muitas₆ oportunidades perdidas de vacinação resultando conseqüentemente em bolsões de não vacinados.

7. Para tanto, a vacina contra hepatite B deverá ser disponibilizada em todos os serviços de vacinação do SUS para a vacinação das gestantes independente da faixa etária.

Referências consultadas

1. Samuels P, Cohen AW. Pregnancies complicated by liver disease and liver dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1992; 19:745-63.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológico. Programa Nacional de Imunizações. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 3ª edição, 2006. p. 92.
3. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis surveillance report no. 59. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2004. <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/resource/>. Acesso: 08/07/2008.
4. Shete PB, Daum RS. Real versus theoretical: assessing the risks and benefits of postponing the hepatitis B vaccine birth dose. *Pediatrics*. 2002;109:701-3.
5. Center for Disease Control and Prevention. Hepatitis B. In: Atkinson W, Hamborsky J, Wolfe C, editors. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. 8th ed. Washington: Public Health Foundation; 2004. p. 191-212.
6. Center for Disease Control and Prevention. Hepatitis B. In: Atkinson W, Hamborsky J, Wolfe C, editors. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. 8th ed. Washington: Public Health Foundation; 2004. p. 191-212.

Brasília/DF, 8 de setembro de 2009.

Sirlene de Fátima Pereira

Regina Célia Silva de Oliveira

Técnica da CGPNI/DEVEP/SVS

Respondendo pela Coordenadora Geral do
Programa Nacional de Imunizações

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chard T. Pregnancy tests: a review. *HumReprod* 1992; 7:701-10.
2. Andolsek KM, Kelton GM. Risk assessment. *Prim Care* 2000; 27:71-103.
3. Amini SB, Catalano PM, Mann LI. Effect of prenatal care on obstetrical outcome. *J Matern Fetal Med* 1996; 5:142-50.
4. National Committee for Quality Assurance: Medicaid HEDIS: an adaptation of NCQA's Health Plan. Washington: Employer Data and Information, Set. 1998.
5. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
6. McDuffie RS, Beck A, Bischoff K, et al. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low risk women. *JAMA* 1998; 275:847-51.
7. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al. Prenatal care. In: Cunningham FG, Williams J, Whitridge J, editors. *Williams obstetrics*. 20th ed., Connecticut: Appleton & Lange, 1997; 227-50.
8. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
9. Lumley J, Watson L, Watson M, et al. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
10. CDC: National Birth Defects Prevention Month and National Folic Acid Awareness Week. January, 2006/MMWR nº54 (51&52);1301.
11. Mahomed K, Gulmezoglu AM. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
12. Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
13. Mahomed K. Zinc supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
14. Kramer MS. Balanced protein/energy supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
15. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
16. Schimdt MI, Reichelt AJ. Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999; 43:14-20.
17. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
18. Bricker L, Neilson JP. Routine doppler ultrasound in late pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
19. Ewigman BG, Crane JP, Figoletto FD, et al. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome: RADIUS Study Group. *N Engl J Med* 1993; 329:821-7.
20. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
21. Neilson JP, Alfievic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

22. Bricker L, Neilson JP. Routine dopplerultrasound in pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
23. Centers for Disease Control & Prevention. Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). July, 29, 2005/54(RR08); 1-40. *MMWR* 54.
24. Centers for Disease Control & Prevention. Hepatitis B Virus: A Comprehensive Strategy for Eliminating Transmission in the United States Through Universal Childhood Vaccination: Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR* 40 (No. RR-13): 4, 1991.
25. Improvement (ICSI). 24. National Guideline Clearinghouse (NGC) and the Institute for Clinical Systems United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 1996 (revised 2004 Feb 24). 4 pages. NGC:003453. The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) strongly recommends screening for hepatitis B virus (HBV) infection in pregnant women at their first prenatal visit. A Recommendation. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Routine prenatal care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 Aug. 80 p. [229 references] www.icsi.org.
26. McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
27. Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software
28. Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P. Prophylactic antibiotic administration in pregnancy to prevent infectious morbidity and mortality (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
29. Gaunekar NN, Crowther CA. Maintenance therapy with calcium channel blockers for preventing preterm birth after threatened preterm labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
30. King J, Flenady V. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
31. Brocklehurst P, Hannah M, McDonald H. Intervenciones para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
32. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
33. Duley L, Henderson-Smart DJ, Knight M, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD004659. DOI: 10.1002/14651858.CD004659.
34. Knight M, Duley L, Henderson-Smart DJ, King JF. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD000492. DOI: 10.1002/14651858.CD000492
35. Knight M, Duley L, Henderson-Smart DJ, King JF. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD000492. DOI: 10.1002/14651858.CD000492.

36. Scharg S, Gorwitz R, Futz-Butts K, Schuchat A..Prevention of perinatal Streptococcal group B disease. Revised guideline from CDC.MMWR Recomm Rep. 2002.,51(RR-11):1-22.
37. Amaral E. Estreptococo do grupo B: rastrear ou não rastrear no Brasil? Eis a questão. RBGO, 2005; Vol 27, nº 4, pág 165-167.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanificada-manual técnico, 2005.
39. OMS. Review of Current Evidence and Comparison of Guidelines for Effective Syphilis Treatment in Europe, 2003. Disponível em : www.who.org.
40. Freitas et al. Rotinas em Obstetrícia, Porto Alegre, 2011.
41. GHC, Atenção à Saúde da Gestante em APS, Porto Alegre, 2011.
42. Hochberg, MD et al, O ácido fólico para a prevenção de defeitos do tubo neural, 2012.
43. Hooton, T et al, Infecções do trato urinário e bacteriúria assintomática na gravidez, 2012.
44. Lokwood, Charles J, et al, O pré-natal (após avaliação inicial), 2012.
45. Lokwood, Charles J et al, Avaliação inicial pré-natal e educação do paciente, 2012.
46. Fretts Ruth C et al, Avaliação da diminuição dos movimentos fetais, 2012.
47. Sfakianaski, Anna K et al, Ultra-sonografia pré-natal de rotina como ferramenta de triagem, 2012.
49. IADPG 2011(International Diabetes and Pregnancy Group and Study),
48. ADA (Association Diabetes American)
49. Estudo HAPO Grupo Cooperativo de Pesquisa. Hiperglicemia e complicações gestacionais *N Engl J Med* 358:1991-2002, 2008.
50. Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica nº 23- Saúde da Criança: Nutrição Infantil - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Brasília-DF 2009.
51. Ministério da Saúde - Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças -OMS-Brasília - DF 2011.
52. Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco - Brasília - DF 2012.
53. Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica nº 33-Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento-Brasília-DF-2012.
54. Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos- Série Tecnológica em Serviço de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Brasília. 2008.
55. Sociedade de Pediatria do RS-Comitê de Aleitamento Materno.
56. Rotinas em Obstetrícia (ARTMED-5ª edição) 2010, Fernando Freitas e outros.
57. Diagnóstico ultra-sonográfico de pré –natal de anomalias cardíacas fetais-2011, Joshua Copel.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS

Revisão de literatura e consensos.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA

A: Grandes ensaios clínicos randomizados e metas-análise

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados

C: Relatos e séries de casos clínicos

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas