PROCOLO PRÉ NATAL

Estratégia de Saúde Familiar – Programa de Saúde da Mulher

Equipe de Regulação Municipal

Município de Araranguá

Sumário

Atenção às Mulheres no Pré Natal de Baixo Risco.....5
DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ.....7
AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL.....8
CALENDÁRIO DE CONSULTAS.....11
Roteiro da Primeira Consulta.....11
Condutas Gerais da Primeira Consulta.....12
EXAMES GESTACIONAIS.....14
Primeiro Trimestre.....14
Segundo Trimestre.....15
Terceiro trimestre.....15
RASTREIO PARA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.....16
Fatores de Risco.....16
Valores de Glicemia.....17
Recomendação para Encaminhar DMG ao PNAR.....17
Insulina NPH.....18
Acompanhamento de PN.....19
Interrupção da Gestação por DMG.....19
INFECÇÕES URINÁRIAS.....20
Bacteriúria Assintomática.....20
Cistite.....21
Pielonefrite.....22
Feito o diagnóstico, a hospitalização é obrigatória.....22
SÍFILIS.....22
Exames Diretos.....23

Testes Imunológicos....23
Tratamento....23
Monitoramento Pós Tratamento de Sífilis na Gestantes....24
TOXOPLASMOSE....27
Diagnóstico Laboratorial....28
Tratamento Preconizado em SC....28
HIPERTENSÃO....31
Sinais Clínicos de Pré Eclâmpsia....32
Critérios Diagnósticos para Pré Eclâmpsia....32
Profilaxia para Pré Eclampsia....33
Drogas de Escolha para Hipertensão na Gestação....33
Drogas evitadas por má formação fetal e óbito fetal....33
HIPOTIREOIDISMO....34
Diagnóstico....35
Tratamento....35
HIPERTIREOIDISMO....36
ANEMIA....37
REFERÊNCIAS....38

Atenção às Mulheres no Pré Natal de Baixo Risco

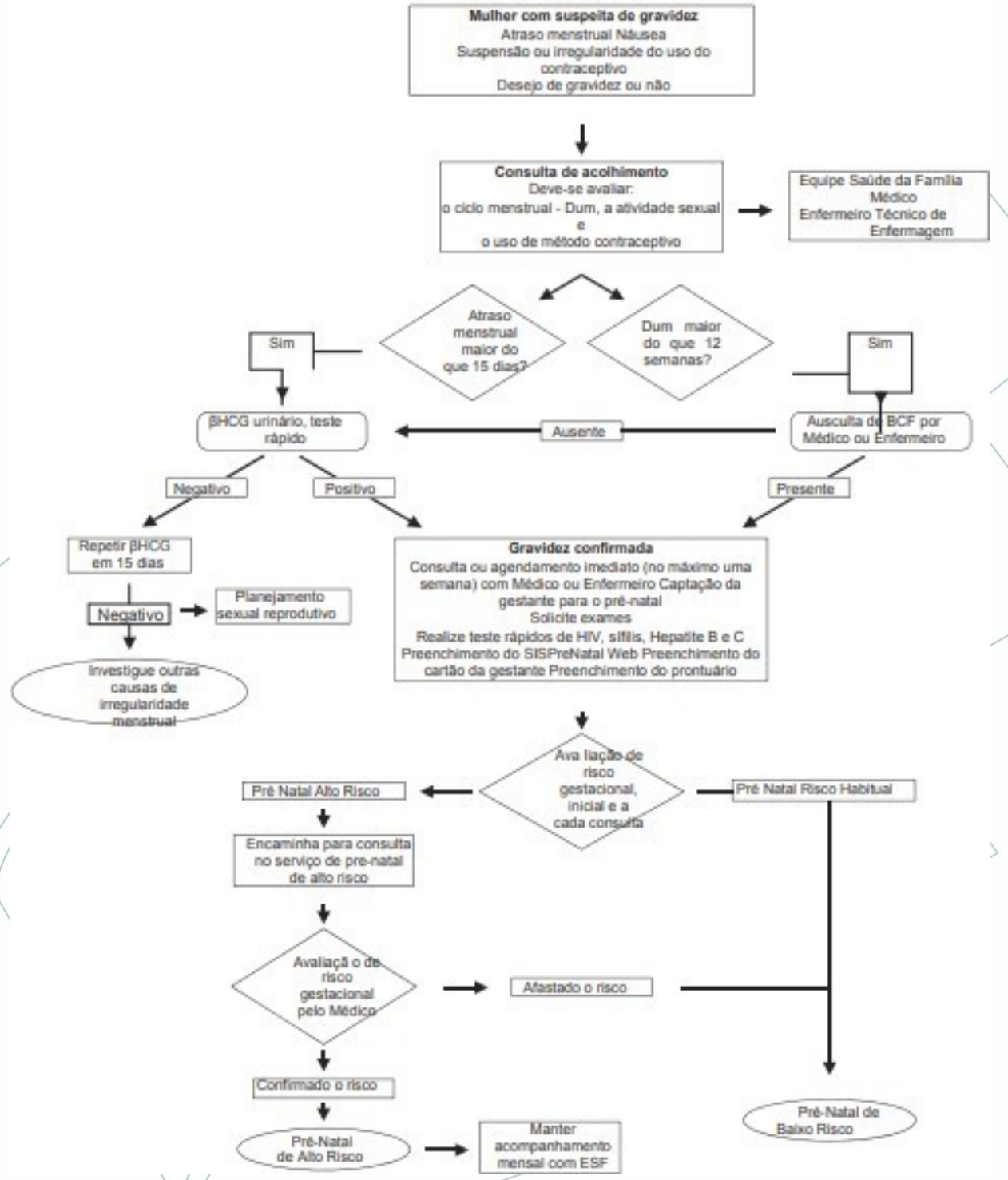
O acesso ao pré-natal no primeiro trimestre é indicador de avaliação da qualidade de Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para assistência integral à gestante. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema de Saúde e sua captação em início oportuno é essencial para diagnóstico precoce de alterações e das adequadas intervenções sobre as condições que tornam vulneráveis a saúde da mãe e da criança.

O número de consultas segundo a OMS e Ministério da Saúde é, no mínimo, de 6 consultas médicas e de enfermagem intercaladas, mensais até 28 semanas, quinzenais de 28 a 36 semanas e semanais de 36 a 41 semanas. Após as 40 semanas, as gestantes devem ser encaminhadas ao hospital para avaliação e cardiotocografia.

A gestante deve ser orientada sobre questões sexuais, sociais e trabalhistas. Em caso de gestação indesejada deve-se ter o devido acolhimento e abordagem multidisciplinar com atenção para detecção precoce de problemas. Deve-se avaliar o risco gestacional a cada consulta, e as gestações de alto risco devem ser encaminhadas ao serviço do município na Unidade Central Bom Pastor.

Não há alta no pré natal.

Fluxograma de Pré-Natal



DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

O enfermeiro ou médico responsável deve solicitar exame de BHCG para toda a mulher em idade fértil que tiver como queixa atraso menstrual, sangramento anormal vaginal ou manifestações clínicas como mastalgia, galactorreia, náuseas, vômitos, salivação excessiva, coloração violácea vulvar, irregularidade no uso do contraceptivo, aumento do volume abdominal e movimentos fetais. Em caso de gestação acima de 15 semanas já é possível auscultar os BCFs no sonar (não temos o TIG no município). Com o exame (BHCG, ultrassom ou clínico) comprovando a gravidez, deve-se iniciar imediatamente a captação desta gestante ao pré-natal.

Frequentemente essa captação é realizada pela enfermeira da UBS, que deve solicitar os exames de 1º Trimestre (tabela), realizar os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C e a coleta de material (com papel-filtro) para o exame de Eletroforese de Hemoglobina (Teste da Mãezinha). Deve ainda, registrar todas as informações no prontuário eletrônico (PEC), SISVAN e Cartão da Gestante.

É importante orientar sobre o acompanhamento, esclarecer o direito de participação da família, o número de consultas, a devida realização dos exames e vacinações para obter um desfecho favorável a ela e ao bebê. Após, marcar o retorno com o médico que irá, além de toda investigação clínica, também avaliar o RISCO GESTACIONAL (tabela Rede Cegonha).

As equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atendimento em outros serviços do Sistema de Saúde. Realizar busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas:

- Identificar os motivos para o não comparecimento;
- Realizar visita domiciliar;
- Oferecer novo agendamento;
- Realizar a consulta em domicílio S/N.

AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

Características individuais e condições sociodemográficas:

- Idade < 15 anos e > 40 anos;
- Obesidade com IMC > 40;
- Baixo peso no início da gestação (IMC <18);
- Transtornos alimentares (bulimia, anorexia, entre outros);
- Dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool ou outras drogas.

Histórico reprodutivo anterior:

- Abortamento espontâneo de repetição (três ou mais em sequência);
- Parto pré-termo em qualquer gestação anterior (especialmente <34 semanas);
- Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores;
- Óbito fetal de causa não identificada;
- História característica de insuficiência istmo cervical;
- Isoimunização Rh;
- Acretismo placentário;
- Pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas), eclâmpsia ou síndrome HELLP.

Condições clínicas prévias à gestação:

- Hipertensão arterial crônica;
- Diabetes mellitus prévio à gestação;
- Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico);
- Cirurgia bariátrica;
- Transtornos mentais;
- Antecedentes de tromboembolismo;
- Cardiopatias maternas;

- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpuratrombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias);
- Nefropatias;
- Neuropatias;
- Hepatopatias;
- Doenças autoimune;
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas grandes);
- Câncer diagnosticado;
- Transplantes;
- Portadoras do vírus HIV.

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:

- Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia);
- Diabetes mellitus gestacional com necessidade de uso de insulina;
- Infecção urinária alta;
- Cálculo renal com obstrução;
- Restrição de crescimento fetal;
- Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia;
- Oligoâmnio/polidrâmnio;
- Suspeita atual de insuficiência istmo cervical;
- Suspeita de acretismo placentário;
- Placenta prévia;
- Hepatopatias (colestase gestacional ou elevação de transaminases);
- Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento;
- Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal;
- Isoimunização Rh;

- Doenças infecciosas na gestação: sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente a tratamento com penicilina benzatina), toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal);
- Suspeita ou diagnóstico de câncer;
- Transtorno mentais.

Situações clínicas de urgências/emergências obstétricas que devem ser avaliadas em contexto hospitalar:

- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento;
- Anemia grave (Hb ≤7 g/dL);
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão;
- Crise hipertensiva (PA ≥160/110 mmHg);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria);
- Eclâmpsia/convulsões;
- Hipertermia (temperatura axilar ≥ 37,8°C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores;
- Suspeita de trombose venosa profunda;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Prurido gestacional/icterícia;
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia);

- Idade gestacional de 41 semanas ou mais.

CALENDÁRIO DE CONSULTAS

As consultas poderão ser realizadas tanto na UBS quanto em visitas domiciliares e serão programadas conforme o período gestacional vigente e o risco materno fetal. Iniciar o mais precocemente possível e tendo todos os DADOS DEVIDAMENTE PREENCHIDOS tanto no Cartão de Pré-natal quanto no prontuário (PEC). Tendo o **mínimo de 6 consultas** que podem ser intercaladas ou realizadas em conjunto pelo médico e enfermeiro**.**

É importante sempre garantir o agendamento das consultas subsequentes, lembrando que não existe alta do pré-natal! Além disso, Encaminhar a gestante **no dia que completa 40 semanas** para avaliação do bem-estar fetal no Hospital de referência.

Após o parto será marcada a **consulta de puerpério**, até 42 dias pós-parto.

Roteiro da Primeira Consulta

Basicamente deve-se pesquisar na anamnese, história pregressa e clínica atuais fatores de risco para este pré-natal, datar a gestação pela DUM, definir paridade e também sanar dúvidas em relação a este período.

Anamnese: identificação completa, dados socioeconômicos, profissão, antecedentes pessoais e familiares, antecedentes ginecológicos, vacinação, sexualidade (sexarca, dor, número de parceiros e preservativo), antecedentes obstétricos, DUM (calcular idade gestacional e data provável do parto), sintomas na gestação, movimentação fetal, hábitos alimentares, drogas, fumo, medicamentos utilizados e demais queixas (secreções, sangramentos, entre outros).

Exame físico: peso, altura, IMC, pressão arterial, avaliação de mamas (tipo de mamilo, nódulos), avaliação tireoidiana, pulmonar, cardíaca, abdominal, de extremidades, edemas, mucosas e anemia.

Exame bucal: encaminhar para avaliação odontológica.

Ausculta fetal: Possível pelo sonar após as 12 semanas, após esta data obrigatoriamente se deve tentar ouvir, caso a equipe não ausculte encaminhar a gestante para avaliação no serviço de referência alto risco ou na emergência. Das 12 as 15 semanas, se o biótipo da mãe dificultar a ausculta, solicitar retorno em 1 semana para nova ausculta.

Altura uterina: após as 12 semanas.

Exame especular: identificar vaginoses, colpites e outras infecções assim como lesões em vagina e colo.

Coleta de Exame Citopatológico do Colo de Útero (CP): fica definido pelo protocolo municipal que será realizada após o primeiro trimestre, se houver a necessidade.

Condutas Gerais da Primeira Consulta

1. Interpretar os dados da anamnese e exame físico e instituir conduta específica;
2. Avaliar o Risco (baixo/médio/alto) e encaminhar ao serviço de referência, se necessário;
3. Ferro e Ácido Fólico são recomendados como parte da assistência de pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer, anemia materna e deficiência de ferro. Incluindo como profilaxia para prevenção de defeitos do fechamento do tubo neural (Anencefalia, Encefalocele e Espinha Bífida Aberta).

Suplementação de Ferro: a partir do conhecimento da gestação até 3º mês pós o parto. Sulfato Ferroso 40mg de Ferro Elementar 1 hora antes de refeição, de preferência com suco cítrico. Não tomar com leite.

OBS.: O SULFATO FERROSO FORNECIDO PELA FARMÁCIA BÁSICA DE ARARANGUÁ É DE 40MG SULFATO FERROSO E 14 MG DE FERRO ELEMENTAR.

Suplementação com Ácido Fólico: diária, devendo ser iniciada pelo menos 30 dias antes da concepção e ser mantida pelo menos nos 3 primeiros meses da gestação. 400mcg ao dia ou SOLUÇÃO ORAL 0,2mg/ml 40 GTS 1X ao dia.

Suplementação com Ácido Fólico para Gestante de Alto Risco para defeitos no tubo neural: 4000mcg(4mg) ao dia, pelo menos 30 dias antes da concepção devendo ser mantida durante os 3 primeiros meses da gestação. Febrasgo nível A. Não fechamento do tubo neural. - Mulheres acima de 30 anos, Diabetes Mellitus prévia, obesidade materna, uso de volprato e baixa ingestão de nutrientes.

Cuidar das altas doses por associação de polivitamínicos.

4. Prescrever sintomáticos conforme queixas da paciente.
5. Orientações nutricionais.
6. Orientar dose ZERO ao uso de álcool.
7. Diminuir ingesta de cafeína, dose segura equivalente 1 xícara ao dia – risco de restrição de crescimento fetal.
8. Drogas lícitas, ilícitas e fumo vão repercutir na formação do feto e saúde da gestante.
9. Caso a gestante ou marido demonstrem interesse em fazer esterilização cirúrgica (LT , VASECTOMIA) encaminhar para agendamento no Programa de Planejamento Familiar na Unidade Central , observando os artigos da lei 9.263 de janeiro de 1996 e portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999.
10. Orientar vacinação conforme carteirinha de vacinação.

Dupla Adulto (Difteria e Tétano) DT:

* Uma dose de dTpa a partir de 20 semanas - gestante previamente vacinada com pelo menos 3 doses com dT.

* Uma dose de dT e uma dose de dTpa - gestante com vacinação incompleta tendo recebido pelo menos 1 dose de dT - respeitando dois meses de intervalo entre elas e dTpa sempre após as 20 semanas.

* Uma dose de dTpa a partir das 20 semanas - gestante com vacinação incompleta com pelo menos 2 doses dT.

* Duas doses de dT e uma dose de dTpa - gestante não vacinada ou histórico desconhecido - respeitando dois meses de intervalo entre elas e que a dTpa sempre após as 20 semanas.

Hepatite B:

Gestantes com esquema vacinal desconhecido ou não vacinadas. Esquema vacinal completo com comprovação, considerar imune.

* Três doses – 1ª dose / 2ªdose após 30 dias / 3ª dose após 6 meses.

Influenza:

* Dose única anual sazonal – em qualquer idade gestacional

Observações: As vacinas Hepatite A, Pneumocócica, Meningocócica conjugada ACWY, Meningocócica B e Febre Amarela apenas em situações especias, sendo avaliado cada caso particular. Contraindicadas as vacinas Tríplice Viral (sarampo , caxumba e rubéola), HPV, Varicela e Dengue.

EXAMES GESTACIONAIS

Primeiro Trimestre

- Hemograma Completo;
- Eletroforese de Hemoglobina para todas as gestantes por conta do alto grau de miscigenação do Brasil. Programa Mãe Catarinense, será coletado na UBS, na ocasião do cadastro da gestante ou encaminhar para U.S.C. Bom Pastor;
- Tipo Sanguíneo e Fator RH 4;
- Glicemia de Jejum;
- EQU, Urocultura e Antibiograma;
- Toxoplasmose IGG e IGM;
- TSH;
- Testes Rápidos (HIV, Hepatite B e C e Sífilis) - realizados na UBS na 1ª Consulta;

- Teste rápido com resultado REAGENTE realizar aconselhamento pós teste, fazer notificação no sistema de informação de agravos (SINAN) e encaminhar a gestante ao serviço de atendimento especializado (SAE) para avaliação e/ ou acompanhamento;

- Ultrassonografia Obstétrica – em nosso município preconiza-se solicitar entre 11 e 13 semanas pela DUM e já vem com a medida da TN. Se houver suspeita de ectópica, gemelaridade, quadros de sangramento ou qualquer outra situação específica de risco, solicita-se antes;
- Exame parcial de fezes – quando anemia persistente ou suspeita;
- Citopatológico colo de útero, se necessário – coletar após 1º trimestre.

Segundo Trimestre

- Hemograma Completo;
- EQU, Urocultura e Antibiograma – se houver suspeita de ITU;
- Teste rápido de sífilis e HIV;
- Toxoplasmose IGG e IGM – se suscetível;
- Teste de Tolerância a Glicose 75gr com 1 e 2 h – solicitar de 24 a 28 semanas se a glicose de jejum no 1º trimestre < 92 (segunda chance de diagnosticar DMG);
- Coombs Indireto se Rh da gestante for negativo (independente do Rh do pai) – a partir das 24 semanas de 4/4 semanas;
- Ultrassom Obstétrico 2º Trimestre – US Morfológico de 2º Trimestre se houver indicação, encaminhar ao PN de Alto Risco para avaliar necessidade.

Terceiro trimestre

- Hemograma Completo;
- Coombs Indireto (para Rh-);
- EQU, Urocultura e Antibiogram;
- Glicose de Jejum;
- Testes Rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e C);

- Toxoplasmose IGG e IGM (se suscetível);
- US obstétrico no 3º Trimestre não está indicado pelo Ministério da Saúde nas pacientes de baixo risco, pois não há evidências de que melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). Nosso município oferece 2 US Obstétricos por gestante de baixo risco.

RASTREIO PARA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Diabetes Mellitus Gestacional é uma alteração no metabolismo a partir dos carboidratos, resultando em hiperglicemia. Geralmente diagnosticado pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto, com prevalência de 3 a 13% das gestantes.

A DMG traz risco aumentado para Pré-eclâmpsia na gravidez atual e DM no futuro. No feto, possível morbidade decorrente da macrossomia, hipoglicemia, polidrâmnio, distocia de ombro, icterícia, sofrimento respiratório, policitemia e hipocalcemia.

Fatores de Risco

- Idade > 35 anos;
- Sobrepeso;
- Gordura centrípeta;
- Altura < 1,5 m;
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, HAS ou PE na gestação atual;
- Abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal anterior, macrossomia;
- História familiar de DM em 1º grau;
- Síndrome dos ovários policísticos.

Valores de Glicemia

Glicemia de Jejum (1º trimestre) - ressaltar a importância do jejum de 8 a 12 h para coleta de exame:

1) < 92 mg/dl considera-se glicemia normal - solicitar TOTG 75gr nas 24 - 28 Semanas (jejum 1ªh e 2ªh).

Valores de TOTG 75gr :

Se ao menos um valor de jejum > = 126mg/dl ou 2 h > = 200mg/dl → Diabetes Mellitus.

Se jejum de 92-125 mg/dl ou 1h > = 180mg/dl ou 2h 153mg/dl → Diabetes Mellitus Gestacional.

2) De 92 a 125 mg/dl = considera-se Diabetes Mellitus Gestacional → encaminhar ao Pré-natal alto risco.

>=126 mg/dl (repetir). O TOTG 75mg, pode ser repetido a partir das 32 semanas se houver fatores de risco como polidrâmnio ou peso fetal acima do percentil 90.

Observação: Encaminhar para o PNAR – antes solicitar controle HGT 3x ao dia em jejum, 1 h após café e 1 h após almoço durante 2 semanas (podem realizar na UBS e orientar dieta hipoglicêmica). Alvos glicêmicos ideais do controle com HGT – glicemia jejum < 95 mg/dl glicemia 1 h após refeição <140 mg/dl e 2 h após refeição <120 mg/dl. Controle glicêmico adequado; mínimo 70% valores normais.

Recomendação para Encaminhar DMG ao PNAR

Para a maioria das gestantes a DMG responde bem somente com o controle alimentar, baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com suspensão do fumo.

Entre 10% e 20% das mulheres necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária caso as medidas não farmacológicas não controlem a DMG. Estas serão também acompanhadas com endocrinologista. O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais, estes são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais. Nas pacientes DMG o tratamento com insulina é indicado quando mais de 50% das glicemias estiverem fora do alvo estabelecido.

Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa com uso de fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado (método ideal de controle). Medir 4x em jejum e pós refeições, sendo 3x já suficiente em jejum e 1 ou 2 h após duas refeições. Após duas semanas de dieta se os níveis glicêmicos estiverem acima da meta se deve iniciar tratamento farmacológico.

Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves. Adoçantes: evitar Sacarina e Ciclamato (catC) e dar preferência a Acessulfame-k (cat B) Stévia.

Insulina NPH

Tratamento com insulinoterapia para portadoras de DMG com hiperglicemia leve (jejum 95-120) iniciar NPH 0,16 A 0,2 UI/kg (entre 8 a 20 UI) antes da ceia. Após início do tratamento encaminhar para avaliação com Endocrinologista.

Cálculo de insulina para DM prévio, DM tipo I e DM tipo II. Cálculo aproximado de 0,7U/kg no 1º TRI, 0,8U/kg no 2º TRI e 0,9U/kg no 3º TRI sendo 2/3 da dose pela manhã e 1/3 a noite.

Em gestantes com fetos de peso acima do percentil 90 ou circunferência abdominal acima percentil 75, embora com glicemias normais, pode-se prescrever 5 a 10UI de insulina NPH a noite (22 h) para diminuir o aporte glicêmico ao feto. Gestantes que necessitam de corticoide para amadurecimento pulmonar devem ser ajustadas doses de 25% no primeiro dia, 40% no segundo e terceiro dia e 20% no quarto e quinto dia após a aplicação.

Em casos excepcionais quando a gestante não consegue usar insulina ou quando há necessidade de altas doses para ajuste no 3º trimestre, pode se usar Metformina para o controle glicêmico. O perfil glicêmico deve ser repetido a cada 1-3 semanas após pelo menos 1 semana de dieta orientada por nutricionista. Glicemias capilares de jejum 1 h após café da manhã, almoço e jantar, podendo ser realizadas antes do almoço e jantar e antes de deitar se uso de insulina. Ver alvos glicêmicos, quando coletados durante a madrugada devem estar acima de 60 mg/dl.

Acompanhamento de PN

Nas gestantes de dieta com frequência igual ao risco habitual e nas com terapias de insulina de 1 a 2 semanas. Gestantes em uso de insulinoterapia serão encaminhadas ao PN alto risco, referência em Florianópolis, pois requerem US obstétrico seriado e cuidados específicos não compatíveis com nosso serviço.

Interrupção da Gestação por DMG

Gestantes tratadas com dieta e controle glicêmico adequado deve-se interromper a gestação com 40/41 semanas, conforme decisão obstétrica. Desde as 37 semanas controle com cardiotocografia no HRA. Gestantes com insulina ou metformina e controle glicêmico adequado interromper com 37/38 semanas. Gestantes sem controle metabólico adequado com feto GIG (acima do percentil 90) e ou polidrâmnio, considerar interrupção com 37 semanas. Fetos macrossômicos interromper independente da idade gestacional (acima de 4.000GR).

Via de parto por escolha obstétrica. A cesárea pode diminuir os riscos de distocia de ombro.

INFECÇÕES URINÁRIAS

A infecção do trato urinário (ITU) na gravidez é uma intercorrência muito comum, acometendo cerca de 12% das gestantes. Tem o potencial de promover complicações graves, tanto para a mãe quanto para o concepto, relacionando-se principalmente com o aumento de anemia, prematuridade, baixo peso ao nascer, ruptura prematura de membranas, corioamniotite, sepse materna e neonatal e até insuficiência renal.

Diversos fatores bioquímicos, metabólicos, endócrinos e mecânicos, próprios da adaptação fisiológica do organismo materno à gestação, favorecem o aparecimento da ITU. Os organismos causadores são aqueles da flora vulvoperineal normal. O agente etiológico mais comumente envolvido é a Escherichia Coli, embora outros agentes possam estar envolvidos (como Estreptococos, Estafilococos, Klebsielas, Proteus, Psedomonas, Enterococos, entre outros). Clinicamente, as ITUs podem ser classificadas como bacteriúria assintomática, cistite (infecção urinária baixa ou do trato urinário inferior) e a pielonefrite (do trato urinário superior).

Bacteriúria Assintomática

Situação em que se identificam bactérias em multiplicação ativa no trato urinário, sem sintomas (uma ou mais espécies de bactérias na urocultura, em quantidade superior a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitros). Sua incidência é em torno de 9% a 11% em todas gestações. É diagnosticada durante a rotina de exames laboratoriais do pré-natal. Na gravidez sempre deve ser tratada, caso contrário, em cerca de 30% dos casos haverá progressão para cistite ou pielonefrite.

O tratamento deve ser baseado no teste de tolerância de sensibilidade das bactérias (antibiograma), observando o risco de teratogenicidade das drogas. Os antibióticos mais comumente prescritos no seu tratamento estão expostos abaixo. Recomenda-se novo exame de urocultura, como controle de cura, após duas semanas do tratamento.

Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento da BA na gestação

Antibiótico Dose Duração
Fosfomicina 3 g ---------- Dose única
Nitrofurantoína 100 mg ---------- cada 6 horas --- 5 dias
Cefalexina 500 mg ---------- cada 6 horas ---- 7 dias

A detecção de novo caso de BA favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto, utilizando-se a nitrofurantoína (100 mg ao dia) ou a cefalexina (250 – 500 mg diários). Alguns recomendam não utilizar nitrofurantoína após 37 semanas pelo maior risco de icterícia neonatal.

Cistite

A cistite ocorre em 0,3% a 1,3% das gestantes, Apresentando-se clinicamente com tenesmo vesical, disúria, desconforto suprapúbico, polaciúria, urgência miccional, hematúria macroscópica e urina com odor desagradável. É recomendada a coleta de exame de urocultura com antibiograma antes de instituir o tratamento, bem como sua repetição como controle de cura. A repetição do episódio também indica profilaxia até o parto.

O tratamento é ambulatorial. Na presença de disúria muito incomodativa, pode-se associar a fenazopiridina por 48 horas (200 mg a cada 8 horas). Na cistite complicada, com hematúria macroscópica franca, deve-se avaliar a hospitalização e antibiótico parenteral, em abordagem semelhante à pielonefrite.

Esquemas antibióticos recomendados para o tratamento de cistite na gestação

Fosfomicina 3 g ---------- Dose única

Nitrofurantoína 100 mg cada 6 horas ---- 5 dias

Cefalexina 500 mg cada 6 horas ---------- 7 dias

Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg cada 12 horas ------ 7 dias

Cefuroxima 250 mg cada 12 horas ----------7 dias

No caso da cistite de repetição, a detecção de novo caso de cistite favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto, utilizando-se a nitrofurantoína (100 mg ao dia) ou a cefalexina (250 diários). Caso a profilaxia seja com nitrofurantoína, é recomendável substituir por cefalexina 250 mg após 37 semanas, devido ao risco de icterícia neonatal com a nitrofurantoína.

Pielonefrite

Feito o diagnóstico, a hospitalização é obrigatória.

SÍFILIS

É uma infecção sexual transmissível (IST) de caráter sistêmico curável. Deve-se identificar os diferentes estágios, interpretar os testes e definir a terapêutica adequada em gestantes e parceiros sexuais. Deve ser realizada notificação compulsória.

O diagnóstico exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, história prévia e exposição recente. Os testes são divididos entre exames diretos e testes imunológicos, devendo-se considerar o provável estágio da sífilis para escolher o exame, preconizado pela portaria nº 2012 de outubro de 2016 que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis de 2018.

Exames Diretos

Em lesões primárias e secundárias, exame em Campo Escuro por pesquisa direta com material corado.

Testes Imunológicos

Não treponêmicos: VDRL, RPR, TRUST. Importantes para diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.

Treponêmicos: FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP, Teste Rápido (TR). Podem permanecer reagentes mesmo após o tratamento pelo resto da vida. Não são indicados para monitoramento de tratamento.

Para confirmar o diagnóstico de sífilis deve ser realizado um teste treponêmico e um teste não treponêmico. Recomenda-se iniciar a investigação por um treponêmico, os primeiros a se tornarem reagentes. Importante explicitar na solicitação do exame sua finalidade, diagnóstico na rotina ou suspeita ou pós teste rápido reagente ou monitoramento de tratamento.

A testagem para sífilis será realizada na 1ª consulta de PN, idealmente no 1º trimestre, 2º trimestre e no 3º trimestre (a partir da 28º semana), no momento do parto ou aborto, em caso de exposição de risco e violência sexual. Uma gestante com diagnostico confirmado, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada) classifica-se e trata-se o caso como sífilis lactente tardia.

Informações sobre o tratamento para sífilis estão disponíveis no **"Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente transmissíveis".**

Tratamento

O tratamento deve ser iniciado com apenas 1 teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do 2º teste.

A Penicilina Benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado da sífilis. Segundo protocolo da OMS para gestante com sífilis latente recente em situações especiais como desabastecimento, se utiliza CEFTRIAXONE 1Gr IM ao dia 14 dias, mas necessita notificar, investigar e tratar a criança para sífilis congênita. Para sífilis tardia ou de duração desconhecida não existem outras opções terapêuticas na literatura.

O serviço de saúde deve se organizar para busca ativa , visando o início precoce do PN, devem ainda buscar a comunicação efetiva com as parcerias sexuais para testagem e tratamento se necessário.

Sífilis Recente (< 2 anos de evolução), primária, secundária e latente recente

PENICILINA G. BENZATINA 2.400.000 UI , IM dose única (1.200.000 UI em cada glúteo).

Sífilis tardia (>2 anos de evolução), latente tardia, duração ignorada ou terciária

PENICILINA G. BENZATINA 2.400.000 UI , IM, semanal por 3 semanas.

Neurossífilis

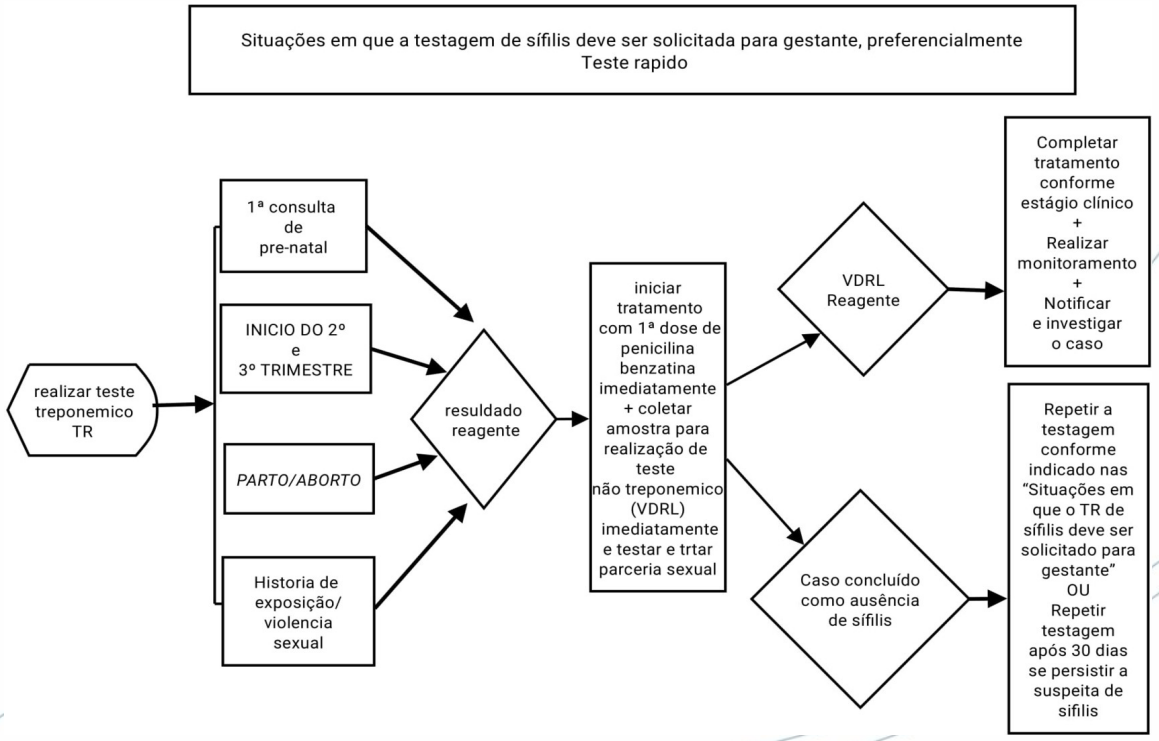
PENICILINA CRISTALINA 18-24.000.000 UI /dia por 14 dias.

Parceirias sexuais

Podem estar infectados mesmo estando com testes imunológicos não reagentes, devem ser tratados com uma dose de Penicilina Benzatina IM 2.400.000UI. No caso de teste reagente seguir recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, conforme o estágio clínico. Fundamental a busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias.

Monitoramento Pós Tratamento de Sífilis na Gestantes

O VDRL deve ser solicitado mensalmente na gestante. Realizar o VDRL no mínimo 30 dias após término do tratamento.



Primeiro Teste	Complementar	Possíveis Interpretações	Conduta
Treponêmico reagente (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	Não treponêmico reagente (VDRL, RPR, TRUST)	Diagnóstico de sífilis. Classificação de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento.	Tratar e monitorar o tratamento. Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Treponêmico reagente (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	Não treponêmico não reagente (VDRL, RPR, TRUST)	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se reagente, suspeita-se de sífilis recente ou de sífilis tratada, caso haja documentação de tratamento adequado.	No caso de suspeita de sífilis primária aguardar 30 dias para repetir teste não treponêmico. Porém, nas situações especiais, como em gestantes, recomenda-se tratar com penicilina benzatina. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Teste não treponêmico reagente (VDRL, RPR, TRUST)	Teste treponêmico reagente (VDRL, RPR, TRUST)	Diagnóstico de sífilis. Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento.	Tratar e realizar monitoramento do tratamento. Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Não treponêmico	Treponêmico não	Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em	Nas situações com novo teste treponêmico reagente tratar e monitorar o tratamento,

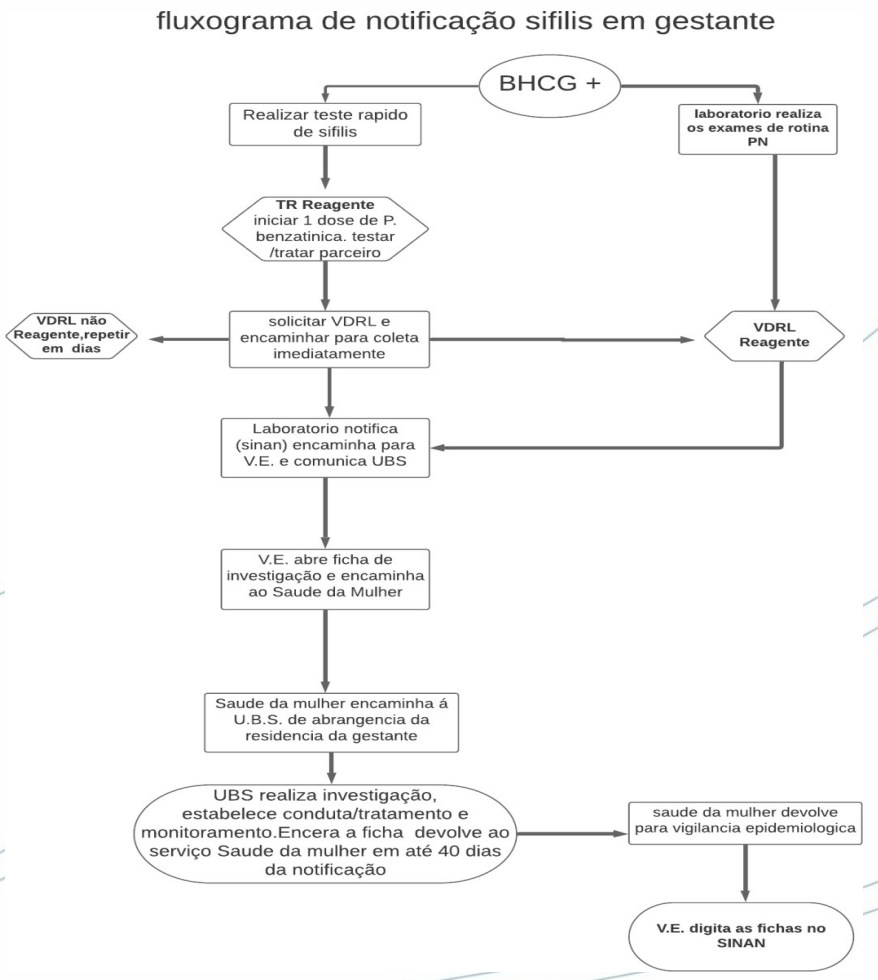
reagente (VDRL, RPR, TRUST)	reagente (TR, TPPA, FTA-ABS)	que a titulação for menor ou igual a 1:4. Quando a titulação for maior que 1:4, realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado. O resultado do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste.	realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante, notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Não treponêmico não reagente (VDRL, RPR, TRUST) ou treponêmico não reagente (TR, ELISA, FTAAbs etc.)	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e não houver suspeita clínica de sífilis primária.	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Interpretações e Conduta dos Testes para Sífilis em Gestantes

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

Esquemas Terapêuticos da Gestante com Sífilis

Fonte: DCCI/SVS/MS. Notas: Esquemas alternativos não são recomendados durante a gestação. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe, e o RN será submetido a avaliação clínica e laboratorial, conforme seção específica deste PCDT- TV. Gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico.



TOXOPLASMOSE

Doença parasitária, assintomática na maioria das vezes, apresentada pelo elevado índice de acometimento fetal provocando restrição de crescimento, morte fetal, prematuridade, microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.

O rastreamento sorológico no pré-natal da atenção primária à saúde (APS) identifica gestantes suscetiveis à toxoplasmose e detecta precocemente os casos de infecção aguda recente. Os métodos utilizados para confirmação dos casos têm sido a sorologia IgM e IgG e avidez de IgG.

Os cuidados de prevenção consistem em higienizar bem as mãos e os alimentos, não ingerir carnes cruas, malpassadas ou embutidos, evitar contato com o solo sem uso de sapatos e luvas, evitar contato com fezes de gatos ou ao limpar a caixa de areia, não consumir leites e derivados crus e alimentar os gatos com ração ou carnes bem cozidas.

Diagnóstico Laboratorial

TESTES IMUNE ENZIMATICOS

Gestantes suscetíveis: IGG e IGM negativo

Gestantes imunes: IGG POSITIVO IGM NEGATIVO

Infecção aguda ou crônica: IGG e IGM POSITIVOS

Caso na 1ª consulta detecta-se IGM POSITIVO e a idade gestacional for menor que 16 semanas faz-se avidez de IGG na mesma amostra ou solicitar avidez imediatamente. Exames realizados após as 16 semanas de gestação não necessita teste de avidez, pois não descartaria a infecção adquirida durante a gestação. Notificar a vigilância epidemiológica. Iniciar tratamento se necessário.

Baixa avidez: infecção aguda, tratamento iniciado imediatamente.

Alta avidez: infecção antiga não havendo necessidade de tratamento ou testes adicionais.

Tratamento Preconizado em SC

1º trimestre até 18 semanas: Espiramicina 500mg = 2 cp de8/8horas.

Após 18 semanas até o parto: Pirimetamina 25 mg = dose ataque: 2 CP DE 12/12horas por 2 dias; dose manutenção: 2CP dose única diária; Sulfadiazina 500mg = 2cp de 8/8 horas – 3gr ao dia; Ácido Folínico 15mg 1 CP ao dia

OBS: Ecografia obstétrica mensal.

Situação	Resultados		Condutas	
	IGG	IGM	Interpretação	Conduta
Primeira sorologia no 1º trimestre gestacional < 16 semanas de gestação.	Reagente	Não reagente	Imunidade remota	Não solicitar sorologia
	Não reagente	Não reagente	Suscetibilidade	Orientar prevenção primaria. Repetir sorologia 2º e 3º trimestre
	Reagente	Reagente	Suspeita de infecção na gestação	Fazer ou solicitar Teste de Avidez na mesma amostra, iniciar Espiramicina enquanto aguarda. Se Avidez Forte: Infecção adquirida há mais de 4 meses (antes da gestação). Não solicitar nova sorologia. Gestante imune suspender tratamento e volta para ESF. Se Avidez fraca: Possibilidade de infecção adquirida na gestação, continuar tratamento com Espirimicina até o parto. Notificar V.E. e encaminhar ao PN Alto risco.
	Não reagente	Reagente	Suspeita de infecção muito recente ou IGM falso positivo	Iniciar Espiramicina e repetir sorologia em 2 semanas se IGG reagente, confirma infecção. Manter tratamento

				com Espirimicina, n otificar VE e encaminhar ao pré-natal de Alto risco. Se IGG permanecer não reagente: suspender tratamento e manter seguimento.
Primeira sorologia após 1º trimestre > 16 semanas de gestação	Reagente	Não reagente	Gestante com imunidade remota	Não solicitar nova sorologia – manter orientações de medidas preventivas
	Não reagente	Não reagente	Suscetibilidade	Orientar prevenção primaria. Repetir sorologia 3º trimestre
	Reagente	Reagente	Suspeita de infecção na gestação	Fazer ou solicitar Teste de Avidez na mesma amostra. Avidez não permite excluir infecção atual, auxilia no prognostico. Iniciar Espirimicina, notificar V.E. e encaminhar ao alto risco. OBS Se suspeita de infecção fetal e idade > 18 semanas. Iniciar esquema tríplice intercalado.
	Não reagente	Reagente	Suspeita de infecção muito recente	Tratar conforme idade gestacional e repetir em 2 semanas IGG e IGM =reagente manter tratamento. IGG e IGM não reagente suspender tratamento.

Interpretação e Conduta de Exames de Toxoplasmose

Medicamento	Indicação	Esquema terapêutico
Espiramicina*	Indicada quando o diagnóstico é reagente até a 18ª semana de gestação para o tratamento de gestantes com infecção aguda.	**Espiramicina 500mg** **Dose:** 2 comprimidos de 8/8 horas, em jejum. **Totalizando**: 6 comprimidos/dia - 3g/dia. **Observação: Quando ocorrer o diagnóstico até a 18ª semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.**
Esquema Tríplice*: **Pirimetamina,Sulfadiazina e Ácido Folínico**	Indicada para gestantes de idade gestacional superior a 18 semanas **Observação: Essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina.**	**Pirimetamina 25mg** **Dose de ataque**: 2 comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias - 8 comprimidos. A partir do 3° dia 2 comprimidos com dose única diária até o nascimento do bebê. **Sulfadiazina 500mg** **Dose:** 2 comprimidos de 12/12 horas, totalizando 4 comprimidos por dia- 2g/dia. **Ácido Folínico 15mg** **Dose**: 1 comprimido por dia **Atenção:** ácido fólico não deve ser usado para substituir ácido folínico. **Observação: Quando ocorrer o diagnóstico depois da 18ª semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.**

Fonte: MITSUKA-BREGANÓ, 2010, BRASIL, 2018a

Tratamento de Toxoplasmose em Gestantes

O medicamento utilizado no início do tratamento (conforme idade gestacional) deve ser mantido até o parto. O médico pode solicitar a troca do esquema terapêutico pela ocorrência de efeitos adversos.

HIPERTENSÃO

HAS crônica: antes das 20 semanas ou após 12 semanas pós parto.

Hipertensão gestacional: detectada após as 20 semanas, proteinúria ou acometimento de órgãos alvo, pode ser transitória.

Pré eclampsia: HAS e proteinúria ou alterações nos órgãos alvo após a 20 semanas em mulheres previamente normotensas.

Pré eclampsia sobreposta: elevação aguda da PA com proteinúria, disfunção hepática ou trombocitopenia em hipertensas prévias acima das 20 semanas.

Eclampsia: pré-eclâmpsia com complicações neurológicas e convulsões.

Síndrome Hellp: ***Hemolysis + helevated Liver enzimes +Low Platelets*** - acometimento hepático com hemólise , aumento das enzimas hepáticas e diminuição drástica das plaquetas com hemorragias graves 0,85% das gestações.

Obs: Preferencialmente verificar pressão arterial com aparelhos aneroides devidamente calibrados, os digitais devem ser evitados.

Sinais Clínicos de Pré Eclâmpsia

- Rápido aumento de peso;
- Edema facial;
- Cefaleia;
- Epigastralgia;
- Náuseas e vômitos persistentes com mais de 20 semanas.

Critérios Diagnósticos para Pré Eclâmpsia

Pressão arterial sistólica > =140mmHg e/ou **diastólica** > =90mmHg em pelo menos 2 aferições com intervalo de 4 horas e em descanso por 15 min após 20 semanas de gestação em mulher previamente normotensa.

Pressão arterial sistólica > = 160mmHg e ou **diastólica** > = 110 mmHg em mulher previamente normotensa em uma medida.

Acompanhada de:

- **Proteinúria** > =300mg/24h de urina;
- **Relação proteína /creatinina urinária** (mg/dl) > = 0,3;
- **Pesquisa por fita reagente** =1+;

- Sem proteinúria na presença de trombocitopenia #plaquetas 100.000; insuficiência renal #creatinina > =1,1; insuficiência hepática com transaminases 2x o valor normal e insuficiência placentária com restrição de crescimento e/ou alterações dopplervelocimétricas.

Assim, pacientes apresentando níveis pressóricos alterados considerados como não graves após as 20 semanas e sem comprometimento de órgãos alvo são diagnosticados com hipertensão gestacional, o que não afasta o risco de pré eclampsia nas próximas semanas, sobreposta. Pacientes que apresentarem níveis tensionais elevados antes das 20 semanas são diagnosticadas como hipertensas prévias, HAS essencial. Febrasgo 05/04/2018. Toda a paciente com pré eclampsia deve ser hospitalizada.

Profilaxia para Pré Eclampsia

- AAS 100mg 1x ao dia (para as gestantes de risco iniciar após as 12 semanas);
  - Baseado em critérios clínicos ou exames complementares: história de pré eclampsia, HAS crônica, diabetes, prévia doença renal, doenças auto imunes, gestação múltipla.

Drogas de Escolha para Hipertensão na Gestação

- Metildopa de 750 a 2000 mg/dia (cat B);
- Nifedipina 10 a 80 mg/dia (cat C) e hidralasina 50 mg até de 6/6h;

Drogas evitadas por má formação fetal e óbito fetal

- Inibidores da ECA e beta bloqueadores (captopril, elanalapril e losartana);
- Furosemida (diminui volume intravascular e perfusão placentária) – indicação de apresentar insuficiência renal aguda comprovada, insuficiência cardíaca congestiva ou edema aguda de pulmão.

HIPOTIREOIDISMO

Em relação ao TSH, há queda inicial devido à alta taxa de HCG na gestação inicial, voltando a subir no segundo e terceiro trimestres, permanecendo dentro dos limites normais. A tireoide e o eixo hipotálamo-hipófise-tireoide se desenvolvem no feto, de forma independente do organismo da gestante. Entre 11 a 12 semanas o feto começa a concentrar iodo e, entre a 16ª e a 18ª semanas, já é capaz de produzir o seu aporte de hormônios tireoidianos.

Durante a vida fetal, a produção normal de hormônios tireoidianos é importante para o desenvolvimento do sistema nervoso central. Essa homeostase hormonal fetal pode ser influenciada por processos patológicos maternos que culminam com a passagem de anticorpos antitireoidianos, como antiperoxidase (anti-TPO) ou antirreceptor do TSH (TRAb), que podem desencadear tanto hipotireoidismo como hipertireoidismo no feto. Por outro lado, medicações utilizadas pela gestante no tratamento do hipertireoidismo, como propiltiouracil (PTU) ou metimazol (MMI), também podem ultrapassar a barreira placentária e, assim, desencadear estados fetais de hipotireoidismo.

O hipotireoidismo acarreta maiores riscos de complicações obstétricas e fetais, como aborto espontâneo de primeiro trimestre, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, descolamento prematuro de placenta, prematuridade, baixo peso ao nascer e aumento da morbidade e mortalidade perinatal.

Diagnóstico

O quadro clínico pode mostrar similaridade com sintomas próprios do estado gestacional, como fadiga, obstipação, intolerância ao frio, perda de cabelo, aumento de peso e pele seca. O bócio pode ou não existir. A suspeita clínica impõe a pesquisa laboratorial. Assim, o diagnóstico é confirmado pela dosagem de T4 livre e TSH. Naquelas com disfunção glandular primária, espera-se TSH elevado (mais de 10 mUI/L) e T4 livre diminuída.

Em locais com condições técnicas e financeiras plenas, a dosagem de TSH deve ser realizada para todas as gestantes (rastreio universal) o mais precocemente possível, idealmente no início do primeiro trimestre ou até mesmo no planejamento pré-gravidez. Em locais com menor acesso a exames laboratoriais, o rastreio fica reservado para os casos com fatores de maior risco para a descompensação, a saber: tireoidectomia ou radioiodoterapia prévias, diabetes mellitus tipo 1 ou outras doenças autoimunes, presença de bócio, histórico prévio de hipo ou hipertireoidismo ou positividade prévia para o ATPO. A dosagem de TSH deve ser repetida ao longo da gestação somente nesses casos.

O valor de TSH, a partir do qual se faz o diagnóstico de hipotireoidismo, é > 4,0 mUI/L. Devem ser encaminhadas ao pré-natal de risco, preferentemente em seguimento conjunto com o endocrinologista, gestantes com hipotireoidismo prévio, HC diagnosticado na gestação ou portadoras dos fatores de maior risco para descompensação.

Tratamento

A dose de levotiroxina usada no hipotireoidismo na gestação costuma depender do valor de TSH obtido. Para pacientes com TSH acima de 10 mU/L, recomenda-se iniciar dose plena de levotiroxina (1,6 µg/kg/dia). Para pacientes com TSH abaixo de 10 mUL, recomenda-se iniciar 50 a 75 µg de levotiroxina ao dia.

O TSH deve ser avaliado mensalmente na primeira metade da gestação e deve ser mantido dentro do valor de referência para o trimestre. Após a metade da gestação, o monitoramento pode ser mais espaçado, pelo menos uma vez por trimestre.

HIPERTIREOIDISMO

Os diagnósticos diferenciais em pacientes gestantes com tireotoxicose devem incluir Doença de Graves e hipertireoidismo gestacional. O quadro clínico (bócio, oftalmopatia), história prévia de tireotoxicose e o TRAb positivo favorecem o diagnóstico de Graves (Nível B). Deve ser desaconselhada a gestação em mulheres com Doença de Graves que ainda não alcançaram o eutireoidismo (Nível D), sendo recomendado o uso de anticoncepcionais.

No primeiro trimestre de gestação, as recomendações atuais sugerem o uso de propiltiouracil (PTU) para o tratamento do hipertireoidismo (Nível C), com posterior substituição pelo metimazol. Isso devido à embriopatia associada ao metimazol e a maior hepatotoxidade do PTU. Na literatura, a dose inicial varia de 50 a 450 mg/dia de PTU (em 3 tomadas diárias) e 5 a 20 mg/dia de metimazol (dose única). Na prática clínica, as doses utilizadas tendem a serem maiores na tentativa de normalizar mais rapidamente o quadro e evitar os efeitos nocivos ao feto do hipertireoidismo.

A terapia com radioiodo é contraindicada (nível D) e a tireoidectomia raramente indicada (nível C).

A tireotoxicose gestacional geralmente não requer um tratamento específico, apenas uma terapia transitória com betabloqueadores por período normalmente inferior a 2 meses (Nível B). A dosagem de TRAb obtida entre a 20ª e 24ª semana de gestação é recomendada, como preditor de hipertireoidismo fetal (Nível D).[2] Nestas situações, é aconselhado que o médico da APS acompanhe conjuntamente com o especialista local.

ANEMIA

Estima-se que 41,8% das gestantes em todo o mundo sejam anêmicas. Considera-se que, pelo menos, metade desses casos seja resultante de deficiência de ferro, com os demais casos sendo resultantes de outras condições como deficiência de folato, vitamina B12 ou vitamina A, inflamação crônica, infecções parasitárias e distúrbios hereditários.

A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro (forte recomendação).

Fisiologicamente, na gravidez aumenta cerca de 35% massa eritrocitária e 50% de volume plasmático – hemodiluição. Considera-se que uma gestante está anêmica quando sua concentração de hemoglobina durante o primeiro e terceiro trimestre da gestação e puerpério estiver abaixo de 11,0 g/dl, e hematócrito < 33% no segundo trimestre da gestação, a concentração de hemoglobina geralmente cai naturalmente, < 10,5 g/dl e hematócrito < 32%.

ANEMIA LEVE A MODERADA DE 11 g/dl a 8g/dl.

ANEMIA MODERADA A GRAVE ABAIXO DE 8g/dl, estas devem ser encaminhadas ao pré natal de alto risco. **Abaixo de 7g/dl devem ser encaminhadas e tratadas em hospital. Dose profilática de Sulfato Ferroso 40mg/dl 1x dia.**

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (2019). Deliberação 057/Cib/2019 nº 057, de 2019. Santa Catarina.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Ministério da Saúde. Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco. Brasília, 2012.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília, 2013.

Ministério da Saúde. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS. Brasília, 2022.

Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica. Brasília, 2016.

Secretaria de Estado da Saúde. ASSISTÊNCIA À INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO. Santa Catarina, 2018.