PREFEITURA MUNICIPAL

SÃO JOÃO DA BOA VISTA
Estado de São Paulo
* * *

08 de dezembro de 2.022

OFÍCIO DO EXECUTIVO Nº 612/2022

Exmo. Sr. Luis Carlos Domiciano

Bellani

Em atenção ao Of. n° 646/2022 referente ao Requerimento n° 1213/2022, encaminhamos Ofício DMS n° 857/2022 anexo, provindo do Departamento Municipal de Saúde.

Renovamos na oportunidade os protestos de estima e consideração.

A Disposição dos Vereadores
23 / 02 / 2023
Presidente

MARIA TERESINHA DE JESUS PEDROZA
Prefeita Municipal

Exmo. Sr. Vereador
LUIS CARLOS DOMICIANO
Câmara Municipal
N E S T A.

CÂMARA MUNICIPAL
Documento recebido em
14/12/22
funcionária

Ofício DMS – 857 / 2022
06 de dezembro de 2022

Excelentíssima Senhora

Com minhas cordiais saudações, a Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista, através do Departamento Municipal de Saúde, em atenção ao Ofício nº 646/2022-pf que se refere ao Requerimento nº 1213/2022, de autoria do nobre vereador senhor Gustavo Belloni, solicitando informações sobre o oferecimento de serviços, com vistas a garantir um pré-natal plácido e eficaz pela rede pública de saúde do município, informa:

1. Como está organizado a assistência ao pré-natal das gestantes em nossa cidade?
Resposta: O município de São João da Boa Vista possui 14 Unidades de Atenção Básica à Saúde, e todas elas realizam o acompanhamento pré-natal, contemplando a realização do teste de gravidez (BHCG), realização de todos os exames preconizados pelo nosso Protocolo de Assistência ao Pré-Natal, no qual está em consonância com as Diretrizes do Ministério da Saúde, rastreio de precoce e comorbidades materna e fetal, imunização e acompanhamento por grupo multiprofissional quando se tratar de gestantes em vulnerabilidade (Enfermeiros da APS, CRAS, CREAS, Ambulatório Saúde Mental, Psicóloga e Assistente Social da Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros e Conselho Tutelar).

Quando se tratar de Gestação de Alto Risco a Unidade de Saúde referenciará para o Ambulatório Médico da UNIFAE, onde terá todos os acompanhamentos até o fim da gestação.

Quando houver alguma intercorrência ou emergência obstétrica a gestante sempre terá portas abertas para ser atendida na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros a qualquer dia e horário.

Havendo a necessidade especial para atendimento em ANEO (Ambulatório de Alto Risco Neonatal) temos como referências secundárias a Santa Casa de Mogi Guaçu e a Santa Casa de Mogi Mirim, e como serviço terciário o CAISM/UNICAMP.

2. Como prática complementar ao pré-natal biomédico é ofertado nas UBS o denominado pré-natal psicológico (PNP) voltada para o atendimento psicológico das gestantes, objetivando o estimulo/integração de seus familiares nos cuidados desenvolvidos ao longo do ciclo gravídico-puerperal? Justificar resposta.

Resposta: Não temos em nossa prática de assistência implementado o pré-natal psicológico (PNP).

3. Encaminhar cópia do Protocolo de Pré-natal de Baixo Risco e de Alto Risco.

Resposta: Segue arquivo anexo.

4. Como é feita a busca ativa de gestantes nas Unidades Básicas de Saúde? Especificar quantos/quais profissionais por UBS atuam com a finalidade de se garantir a realização do pré-natal eficaz e plácido.

Resposta: Com relação a busca ativa, todas as Unidades de Saúde possuem um controle interno por meio de planilhas de todas as gestantes, bem como, caso as mesmas deixem de comparecer a consultas agendadas, exames, ou qualquer outra ação, realizamos a busca destas, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, telefone ou visita domiciliar.

5. Onde é feito o Ambulatório de Alto Risco e quais profissionais compõe a Equipe?

Resposta: Os acompanhamentos para Gestação de Alto Risco são realizados no Ambulatório Médico da UNIFAE, sendo atendidas pelos médicos obstetras Dr. Antônio Henrique Soares Telini e Dr. Marcelo Azevedo de Moraes.

6. Qual o tempo de espera para fazer os exames de pré-natal a partir do momento que são solicitados?

Resposta: O exame de BHCG (teste de gravidez) é realizado no dia seguinte a sua solicitação.

Após confirmado a gravidez, é agendado uma consulta com o enfermeiro para abertura do pré-natal, onde são realizados os testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C), e são solicitados todos os outros exames da 1ª rotina, e que são agendados na mesma semana. Também é solicitado o Ultrassom Obstétrico com Translucência Nucal, que será agendado entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, observando a data da última menstruação.

Os exames da 2ª rotina são realizados no segundo trimestre de gestação, incluindo o Ultrassom que será agendado de acordo com a fase gestacional, e novamente são realizados os testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C).

Os exames da 3ª rotina são realizados no terceiro trimestre de gestação, e mais uma vez são realizados os testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C). Também é realizado a coleta do exame de cultura anus-vaginal (estreptococos do Grupo B) na 35ª semana de gestação.

7. A primeira consulta de pré-natal, a partir do diagnóstico de gravidez é agendada de que forma?

Resposta: Assim que a gestante realiza todos os exames da 1ª rotina, que são solicitados pelo enfermeiro na abertura do pré-natal, uma consulta já é agendada com o médico obstetra, assim, nesta primeira consulta, os exames já estarão prontos e serão avaliados pelo médico. Salvo quando houver queixas como dor, sangramento etc, nestas condições está consulta será agendada imediatamente para a próxima data, mesmo sem os resultados dos exames.

8. Qual a média de consultas de pré-natal das gestantes?

Resposta: Considerando a média de 652 gestantes SUS-dependentes estimadas por ano; e considerando uma média de 6800 consultas de pré-natal realizadas no período de um ano, chegamos a um resultado superior a 10 consultas de pré-natal por gestante.

9. Em que momento do pré-natal é realizada a Consulta do Parceiro?

Resposta: A consulta do parceiro é realizada geralmente na abertura do pré-natal, contudo, quando este não comparecer, são solicitados para ele os exames de rotina para que ele possa realizá-los junto com gestante.

Informamos que em qualquer momento do pré-natal o parceiro poderá acompanhar as consultas da gestante, e ser atendido quando este concordar.

10. Quais são as atividades educativas realizadas durante o pré-natal para a Promoção do Parto Natural?

Resposta: Não temos em nossa prática de assistência a promoção do parto natural, há apenas orientação sobre as principais diferenças entre Parto Normal e Cesariana, com intuito de desmitificar o parto normal com sofrimento.

11. O Plano de Parto, sendo uma ferramenta que pode garantir uma melhor qualidade da assistência do parto e uma experiência mais satisfatória dele, é realizado em qual momento do Pré-Natal?

Resposta: O plano de parto pode ser abordado em qualquer momento do pré-natal, contudo, a Maternidade da Santa Casa, recebe na maioria das vezes solicitações verbais das gestantes e são atendidas dentro das possibilidades existentes.

12. Qual o planejamento/ações proativas e inteligentes da atual gestão com o fito de ampliar e aperfeiçoar os serviços da Assistência ao Parto e Nascimento? Detalhar.

Resposta: Recentemente com a Implantação da RAMI – Rede de Atenção Materno Infantil, que amplia e atualiza a Rede Cegonha, trazendo os preceitos de segurança e qualidade como pilares inerentes a humanização, solicitamos a Habilitação de MAB tipo I para a Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros, com financiamento anual de R$840.000,00. Além disso, foram solicitados a manutenção da pactuação para ampliação de leitos neonatais junto a Santa Casa, sendo 4 leitos GAR (Gestação de Alto Risco), 7 leitos UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) tipo II, 6 leitos UCINCO (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal tipo Convencional), 2 leitos UCINCA (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal tipo Canguru), 3 leitos PPP (Pré-natal, Parto e Puerpério) e Criação de Banco de Leite Humano.

Além disso no dia 24 de novembro de 2022, recebemos uma incubadora neonatal, que atenderá a uma antiga necessidade da população, equipamento este que foi adquirido com recursos próprios da municipalidade.

Sendo o que se apresenta no momento, renovamos protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Fábio Silvério Ferraz
Diretor Municipal de Saúde

Exma. Sra.
Maria Teresinha de Jesus Pedroza
Prefeita Municipal
São João da Boa Vista - SP

PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DAS GESTANTES, PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS

São João da Boa Vista, 18 de outubro de 2022.
Versão 1, 2022.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3

13.5.3	CONTRAINDICAÇÕES	31
13.5.4	FLUXOGRAMA PARA A PROFILAXIA DE TEV EM GESTANTES COM TROMBOFILIA	32
13.5.5	TEMPO DE TRATAMENTO - CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO	33
13.5.6	ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES	33
13.5.7	EVENTOS ADVERSOS	34
13.5.8	INTERAÇÕES	35
13.5.9	ANTÍDOTO EM CASO DE HEMORRAGIAS	36
13.5.10	PACIENTES EM USO DE OUTROS ANTICOAGULANTES PREVIAMENTE À GESTAÇÃO	37
13.5.11	MONITORAMENTO	37
13.5.12	TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	39
14.	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	47
14.1	ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE DE ALTO RISCO	47
14.2	ORIENTAÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	48
14.3	GESTANTES DIABÉTICAS	49
14.4	GESTANTES COM DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	50
15.	ENCAMINHAMENTO PARA A MATERNIDADE	52
16.	ACOMPANHAMENTO PÓS-PARTO	53
17.	FLUXOS PARA ATENDIMENTO À GESTANTE	54
	ANEXO I - FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A COLOCAÇÃO DE DIU NA MATERNIDADE	62
	ANEXO II - RELATÓRIO DE TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS NA	63
	ANEXO III - POP 10 PROFILAXIA DE ALOIMUNIZAÇÃO Rh	64
	ANEXO IV - POP 11 EXONOPARINA SÓDICA - TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA	68
	ANEXO V - POP 12 TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE	73
18.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

1. INTRODUÇÃO

2.1 SUSPEITA DE GRAVIDEZ

A mulher procura a Unidade de Saúde com queixa de atraso menstrual e o Enfermeiro deverá solicitar o exame de Pesquisa de Gonadotrofina Coriônica.

2.2 TESTE NEGATIVO PARA GRAVIDEZ

- A mulher deseja engravidar:

- O Médico prescreve ácido fólico (administração preventiva de ácido fólico durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Orientar sobre a importância do intervalo interpartal e oferecer os meios necessários à anticoncepção quando este for o desejo da mulher;
- Orientações sobre alimentação, visando o peso ideal; sobre os riscos do tabagismo, o uso rotineiro de bebidas alcoólicas, uso de medicamentos;
- Avaliação de anemia e tratamento;
- Investigação para rubéola e hepatite B com imunização prévia à gestação;
- Aconselhar a realização do teste anti-HIV. Nos casos positivos, esclarecer sobre o risco de transmissão vertical e oferecer os tratamentos disponíveis;
- Investigação para sífilis. Nos casos positivos, tratar a mulher e seu parceiro para evitar sífilis congênita;
- Diagnosticar e tratar a infertilidade quando este for o desejo e a necessidade da mulher/casal;
- Diagnosticar e tratar ou controlar doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão, epilepsia;
- Repetir o exame de BHCG em cerca de 10 dias, se resultado positivo, iniciar o pré-natal. Mantendo-se negativo agendar consulta com ginecologista para avaliação;

- A mulher não deseja engravidar: encaminhar para planejamento reprodutivo e orientar sobre os métodos contraceptivos.

2.3 TESTE POSITIVO PARA GRAVIDEZ

3.2 CONSULTAS MÉDICAS DO PRIMEIRO TRIMESTRE (1ª A 13ª SEMANA DE GESTAÇÃO)

Cerca de 20 a 30 dias após a coleta dos exames de rotina no Pré-Natal a gestante fará a primeira consulta com o obstetra. Nesta e nas demais consultas poderá estar acompanhada do parceiro.

As consultas médicas do primeiro trimestre devem ser realizadas **MENSALMENTE** e recomenda-se:

- Realizar anamnese, exame físico geral e ginecológico;
- Realizar coleta de exame cérvico vaginal (sem coleta endocervical) nas gestantes que estejam com exame realizado num período maior que 1 ano;
- Verificar resultados dos exames;
- Solicitar Coombs Indireto (para gestante Rh negativo);
- Prescrever suplementação de ferro (Sulfato Ferroso), Ácido Fólico, entre outros;
- Tratar as alterações/doenças presentes;
- Encaminhar, caso necessário, as gestantes de Alto Risco para o Ambulatório Médico da UNIFAE, conforme fluxo de agendamento.

Atenção!

- ✓ O Atendente de Enfermagem deverá realizar pré e pós-consulta em TODOS atendimentos Médicos e do Enfermeiro.
- ✓ Na pré-consulta deverá ser verificado a pressão arterial, oximetria de pulso, sinais vitais, peso e estatura).
- ✓ Caso a gestante não compareça em alguma consulta médica, o Enfermeiro deverá ser comunicado para realização de Busca Ativa. Caso o problema persista, a Unidade de Saúde deverá acionar o Conselho Tutelar.
- ✓ Gestantes que apresentarem vulnerabilidade (social, usuárias de álcool e drogas, entre outras) deverão ter os nomes inseridos no grupo "GESTANTES EM VULNERABILIDADE", onde são realizadas reuniões mensais com representantes de todos os equipamentos (Enfermeiros da APS, Conselho Tutelar, Setor de Implantação de Acompanhamento dos Programas, Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros, CRAS e CREAS) para discussão dos casos.

- Atentar aos valores da pressão arterial e peso;
- Realizar exame obstétrico: (altura uterina; circunferência abdominal; ausculta de BCF e posição fetal pela palpação abdominal);
- Solicitar exames de rotina obstétrica (2ª rotina) de acordo com a fase gestacional.

Atenção!

Gestantes que apresentarem RH negativo, com indicação médica de profilaxia da aloimunização anti-RH, deverão receber a medicação no período de 28 a 34 semanas, portanto a solicitação deverá ser realizada assim que for confirmado o diagnóstico, para haver tempo hábil para solicitação e administração da medicação.

* Para mais informações, consultar o POP nº 10 da Assistência Farmacêutica - Profilaxia da Aloimunização Rh **(ANEXO III)**.

5. ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL - 3º TRIMESTRE

5.1 TERCEIRA CONSULTA DO ENFERMEIRO

A 3ª consulta com o Enfermeiro deverá ocorrer na 35ª semana de gestação, seguindo o roteiro abaixo:

- Verificar sinais vitais, aferir a pressão arterial e oximetria de pulso;
- Aferir antropometria: peso e estatura;
- Avaliar edema;
- Orientar quanto os sinais do trabalho de parto;
- Certificar que todos os exames foram realizados e que o acompanhamento Pré-Natal esteja sendo realizada corretamente;
- Certificar que as vacinas foram administradas;
- Realizar 3º Teste Rápido (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Realizar a coleta de cultura ânus-vaginal na 35ª semana de gestação (estreptococos do Grupo B) – se for possível realizar no mesmo dia;

6. EXAMES DO PRÉ-NATAL

6.1 EXAMES DA 1ª ROTINA (SOLICITADOS PELO ENFERMEIRO NA ABERTURA DO PRÉ NATAL)

- Teste Rápido (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Grupo sanguíneo / Fator Rh;
- Hemograma;
- Urina I / Urocultura / Antibiograma;
- Sorologias (HIV, VDRL, Hepatite B e Hepatite C)
- Glicemia de jejum;
- Toxoplasmose (IGG e IGM);
- Protoparasitológico de fezes (3 amostras em dias alternados);
- Eletroforese de Hemoglobina;
- Ultrassom Obstétrico com Translucência Nucal, a ser realizado entre a 11ª a 13ª semana de gestação, com a finalidade de rastreamento para cromossomopatias;

6.2 EXAMES DO PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Realizar teste rápido (HIV, Sífilis, Hepatites B e C) e solicitar:

- Sorologias para HIV;
- VDRL;
- Sorologia para Hepatite B e;
- Sorologia para Hepatite C.

Caso o parceiro não esteja presente no dia da abertura do Pré-Natal, o enfermeiro poderá entregar a guia dos exames para a gestante, e preferencialmente agendado para o mesmo dia da coleta dos exames dela. Contudo, no dia agendado para coleta,

6.5 INDICAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA

1) Suspeita de malformação diagnosticada em US obstétrico;
2) História pregressa de malformação fetal e/ou aneuploidia;
3) História familiar de malformação congênita e/ou aneuploidia;
4) Infecção materna aguda de efeito teratogênico;
5) Uso de drogas teratogênicas;
6) Diabetes materno;
7) Gestação múltipla (gemelaridade);
8) Crescimento intrauterino restrito (CIUR);
9) Abortamento habitual;
10) Idade materna avançada (idade igual ou superior a 35 anos)

6.6 INDICAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER

1) História pregressa de malformação congênita e/ou aneuploidia;
2) Infecções congênitas (toxoplasmose/rubéola/citomegalovírus, etc);
3) Coombs indireto positivo;
4) Uso de drogas teratogênicas;
5) Gestação múltipla (gemelaridade);
6) Alterações do liquido amniótico (aumento ou diminuição);
7) Crescimento intrauterino restrito (CIUR);
8) Idade materna avançada (idade igual ou superior a 35 anos)

7. INTERCORRÊNCIAS

Gestantes que procurarem a Unidade de Saúde fora da data de agendamento, a equipe de saúde deverá:

- Acolher, escutar e avaliar a queixa;
- Aferir pressão arterial;
- Após avaliação das queixas, caso seja necessário, solicitar avaliação de um profissional médico na Unidade;

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, Conselho Tutelar e equipe Multiprofissional do Município.

8.1 TRATAMENTO DA SÍFILIS

- Em caso de **SÍFILIS NA GESTAÇÃO**, a gestante com **Teste Rápido Positivo ou VDRL reagente,** deverá ser tratada de imediato logo após a confirmação do exame, de acordo com as orientações de Tratamento para Sífilis vigente;
- Enfermeiro deverá orientar quanto a doença (SÍFILIS), ressaltando a importância do tratamento;
- Identificar parceiro(os) e convocá-lo(s) para tratamento;
- Solicitar VDRL para gestante e parceiro sexual logo após os exames (teste rápido ou sorologico) reagentes da gestante;
- Preencher a notificação de sífilis em gestante e ficha de acompanhamento - ANEXO II (envio imediato para VE);
- Realizar o tratamento completo e documentado conforme estágio da doença (pelo menos 30 dias antes do parto):

A. Sífilis primária (cancro duro): Penicilina G Benzatina - 2.400.000 UI/IM.

B. Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução): Penicilina G Benzatina - 2.400.000 UI/IM, repetindo a mesma dose uma semana depois. Dose total: 4.800.000 UI.

C. Sífilis terciária, sífilis com mais de 1 ano de evolução, ou com duração ignorada: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/IM, em 3 aplicações, com intervalo de 1 semana entre cada aplicação. Dose total: 7.200.000 UI.

D. Alergia a Penicilina: Gestantes comprovadamente alérgicas a Penicilina deverão ser dessensibilizadas em ambiente hospitalar e tratadas com Penicilina G Benzatina, uma vez que não há garantia que os outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto.

E. As aplicações de penicilina serão de 1.200.000 UI em cada glúteo; orientar para que os pacientes evitem relações sexuais até que o seu tratamento (e o do parceiro com a doença) se complete.

- As notificações no Pré-Natal de gestantes com Sífilis serão encaminhadas pela VE a Maternidade, para que tenham conhecimento prévio dos casos;
- Gestantes com Sífilis pós-parto, deverão portar uma contra-referência da Maternidade na caderneta de gestante, para apresentar na consulta puerperal. Uma cópia deverá ser encaminhada à VE, constando conduta e tratamento realizado;
- As puérperas com diagnóstico de Sífilis na gestação ou no momento do parto, o segmento deverá ser com teste não treponêmico (VDRL) trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano, até a alta por cura.
- O acompanhamento das crianças será realizado pelo Centro de Especialidades Médicas por 18 a 24 meses, para TODAS as crianças com Sífilis Congênita ou expostas à Sífilis Materna.

9. MANEJO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

- É considerada infecção do trato urinário o crescimento de microrganismos com ou sem danos para o trato urinário;
- As principais complicações obstétricas são: trabalho de parto prematuro, crescimento intrauterino retardado, prematuridade, síndrome de angústia respiratória no recém-nascido, anormalidades congênitas e óbito fetal;

As drogas disponíveis na relação REMUME do município são:

- Cefalexina - comprimido e suspensão;
- Nitrofurantoína – comprimido;
- Ciprofloxacino – comprimido.

A eficácia deverá ser monitorada após o tratamento com a vigilância dos novos resultados por parte da equipe de pré-natal.

Outras medicações e opções de tratamento deverão ser discutidas a critério médico.

A gravidade do acometimento fetal, no entanto, comporta-se inversamente: é maior quando o feto é infectado precocemente.

10.1 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE NA GESTANTE

A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante não apresenta sintomas. Essa característica clínica respalda a decisão de se realizar triagem sorológica para detectar os casos com infecção recente em todas as gestantes sem confirmação prévia de infecção.

Esta triagem deve ser realizada por meio da detecção de anticorpos para Toxoplasmose, da classe IgG e IgM, solicitada o mais precocemente possível no pré-natal (idealmente antes de 16 semanas de idade gestacional).

A ausência de ambas (IgM e IgG) identifica as mulheres nunca infectadas pelo Toxoplasma gondii e portanto, sob risco de vir adquirir a doença ao longo da gestação. Estas devem ser efetivamente orientadas sobre as medidas de prevenção da infecção e repetir a sorologia no 2º e no 3º trimestre de gestação para a identificação de eventual soroconversão, e portanto, de infecção recente.

A presença isolada de IgG aponta as mulheres que tiveram a infecção no passado e que, por estarem imunes, não precisam repetir a sorologia ao longo da gravidez.

A presença de IgM sugere a existência de doença recente, mas não a confirma, pois estes anticorpos podem ser detectados por mais de um ano pós infecção. Por este motivo, quando o resultado da sorologia apresenta IgM E IgG reagentes, deve-se proceder teste de avidez de IgG, idealmente na mesma amostra, para que não haja perda de tempo.

10.2 TESTE DE AVIDEZ PARA IGG

Se a avidez é baixa, supõe-se que a infecção materna possa ter ocorrido, no máximo, há 12-16 semanas, o que traria risco de infecção fetal. Se teste com elevada avidez, trata-se de infecção há mais de 16 semanas. Assim sendo, se a amostra foi coletada antes de 16ª semana de gestação, pode-se descartar risco fetal.

Testes cujos resultados indicam avidez considerada intermediária, devem ser repetidos em 2 semanas. Os percentuais adotados como pontos de corte para a

10.4 MEDIDAS PREVENTIVAS DE INFECÇÃO MATERNA

- Não ingerir carnes cruas, malcozidas ou malpassadas;
- Lavar as mãos ao manipular alimentos;
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Usar luvas e lavar bem as mãos após contato com o solo e terra de jardim;
- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra;
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos. Caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e pazinha;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes ingiram sua caça;
- Lavar bem as mãos após contato com os animais.

11. COOMBS INDIRETO - IMUNOGLOBULINA ANTI-D

A imunoglobulina anti-D deve ser administrada em mulheres grávidas D-negativas que estão expostas a células vermelhas do D-positivo fetais, estando em risco para o desenvolvimento de anticorpos anti-D e nas seguintes situações:

- Entre a 28ª e a 34ª semana de gestação de todas as mulheres com Coombs indireto negativo e com parceiros Rh positivos;
- Após o parto de mães com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo;
- Em casos de aborto e ameaça de aborto;
- Gravidez molar nas primeiras 12 semanas;
- Gravidez ectópica nas primeiras 12 semanas;
- Biópsia de vilosidades coriônicas, cordocentese e amniocentese;
- Hemorragias transplacentárias;
- Procedimentos invasivos;

orientando suas necessidades calóricas diárias e conhecer o histórico alimentar da gestante, além de orientar a grávida e a puérpera sobre algumas restrições alimentares.

- Doenças associadas a alimentação e nutrição.
- Modificações corporais e emocionais – as transformações dinâmicas e intensas dessa fase da vida da mulher devem ser valorizadas. É relevante que a gestante seja avaliada considerando-se o ambiente em que vive, sua história social e transformações emocionais que experimenta, gerando segurança e que propicie uma ação individualizada. Nos trabalhos de grupo é importante que os profissionais ofereçam oportunidades para que a mulher expresse suas queixas e dúvidas, evitando direcionamento rígido que prejudique sua espontaneidade. Deve –se valorizar a capacidade de escutar, evitando excesso ou insuficiência de informação e linguagem técnica, que inibam a participação da gestante.
- Medos e fantasias referentes a gestação e ao parto.

3º trimestre:

- Sinais e sintomas do parto.
- Orientações e incentivo para o parto normal.
- Aleitamento materno – a mulher que amamenta tem o direito a dois descansos especiais remunerados, durante 30 minutos cada da jornada de trabalho, até que seu filho complete 6 meses de vida.
- Planejamento familiar.
- Aspectos éticos e trabalhistas – ao descobrir sua gravidez, a mulher deve informar a empresa onde trabalha, no menor tempo possível. A empresa é proibida de demiti-la sem justa causa. Quando as condições de saúde exigirem ou houver risco a gravidez, é garantida a gestante mudança de função, tendo o direito ao retorno após a gestação. É facultado a gestante romper contrato de trabalho se for constatado mediante atestado médico, que a atividade labora pode ser prejudicial a sua saúde.
- Licença maternidade – pode iniciar-se a partir de 28 dias antes do parto mediante apresentação de atestado médico. Se o parto for antecipado ou a licença foi iniciada pós-parto, o período de gozo é integral. Em caso de óbito fetal, aplica-se o direito a licença maternidade como no caso de nascido vivo.

responsáveis por 50% dos casos de TEV associada à gravidez e têm maior relação com manifestações venosas. As formas de trombofilia hereditária em ordem de relevância na gravidez são: mutações genéticas no fator V de Leiden; mutação no gene da protrombina; e deficiências de antitrombina, de proteína C e de proteína S.

A mutação da Metileno tetrahidrofolato redutase (MTHFR) não é mais considerada uma trombofilia e, assim, não se contempla neste Protocolo.

As complicações na gravidez relacionadas à trombose variam desde edema e alterações cutâneas até o desprendimento placentário, pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, parto prematuro e aborto espontâneo de repetição.

A identificação precoce de gestantes com risco aumentado para um evento tromboembólico e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, além da coordenação do cuidado da gestante, dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos, minimizando desfechos negativos relacionados à trombofilia.

Anexo a este Protocolo seguirá o Procedimento Operacional Padronizado – POP 11, **(ANEXO IV)** do Serviço de Assistência Farmacêutica, onde consta o correto fluxo para a dispensação da Enoxaparina, atendendo o cumprimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, estabelecido pelo Ministério da Saúde.

13.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10) RELACIONADOS À TROMBOFILIA

- D68.8 Outros defeitos especificados da coagulação
- I82.0 Síndrome de Budd-Chiari
- I82.1 Tromboflebite migratória
- I82.2 Embolia e trombose de veia cava
- I82.3 Embolia e trombose de veia renal
- I82.8 Embolia e trombose de outras veias especificadas
- O22.3 Flebotrombose profunda na gravidez
- O22.5 Trombose venosa cerebral na gravidez

A Síndrome Antifosfolipídeo (SAF) é diagnosticada pela presença de, pelo menos, um critério clínico associado a, pelo menos, um critério laboratorial, conforme abaixo:

- **CRITÉRIOS CLÍNICOS**

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

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

c) histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfologicamente normal e sem causa aparente; ou

d) histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclampsia ou insuficiência placentária.

- **CRITÉRIOS LABORATORIAIS**

Deve estar presente em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas, um dos seguintes:

a) Anticoagulante lúpico detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (ISTH), por ser um teste de complexa execução, uma vez que o anticoagulante lúpico é um antifosfolipídeo que prolonga os testes de coagulação in vitro (efeito anticoagulante), mas que, in vivo, associa-se a um efeito coagulante;

b) anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados (>40 unidades de GPL/MPL) a altos (>80 unidades de GPL/MPL) mensurados por teste ELISA padronizado; ou

c) anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM acima do percentil 99 mensurada por teste ELISA padronizado.

13.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as gestantes e puérperas com trombofilia e:

a) História pessoal de TEV;

b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;

c) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de alto risco; ou

d) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de baixo risco com TEV.

com vistas à prevenção de tais eventos durante o período gestacional, nas doses especificadas na **Tabela 1**.

Anticoagulação durante o pré-natal e por até seis semanas no pós-parto:

Indica-se a profilaxia de complicações da trombofilia nos casos de gestante com:

a) História pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados);

b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente; ou

c) trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de 1º grau.

Anticoagulação apenas por até seis semanas no pós-parto:

No pós-parto, indica-se a anticoagulação profilática nos casos de gestante com:

a) trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV;

b) trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau; ou

c) histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).

Anticoagulação plena:

Em casos de gestante com diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a anticoagulação plena, aqui entendida como a heparinização nas doses especificadas na **Tabela 2**.

13.5.1 FÁRMACOS

Neste Protocolo, são preconizadas as seguintes apresentações dos medicamentos:

- **Enoxaparina sódica:** solução injetável de 40 mg/0,4 mL e de 60 mg/0,6 mL, e;
- **Ácido acetilsalicílico (AAS):** comprimidos de 100 mg.

- **Enoxaparina:**

A enoxaparina sódica é uma heparina de baixo peso molecular obtida pela despolimerização alcalina do éster-benzil-heparina derivado da mucosa intestinal

O ácido salicílico passa para o leite materno e atravessa a placenta. O ácido salicílico é eliminado principalmente por metabolismo hepático; os metabólitos incluem o ácido salicilúrico, o glicuronídeo salicilfenólico, o glicuronídeo salicilacílico, o ácido gentísico e o ácido gentisúrico. A cinética da eliminação do ácido salicílico é dependente da dose, uma vez que o metabolismo é limitado pela capacidade das enzimas hepáticas. Desse modo, a meia-vida de eliminação varia de 2 a 3 horas após doses baixas até cerca de 15 horas com doses altas. O ácido salicílico e seus metabólitos são excretados principalmente por via urinária.

13.5.2 POSOLOGIA

Anticoagulação profilática

Enoxaparina sódica: Dose única diária de 40 mg ou 60 mg (a depender do peso corporal da paciente) por via subcutânea, durante a gestação e até no máximo 6 semanas de pós-parto. **(Tabela 1)**

Tabela 1 – Dose profilática de enoxaparina sódica por peso da gestante

Peso da gestante	Dose profilática de enoxaparina sódica
Até 89 kg	40 mg/dia
Acima de 90 kg	60 mg/dia

- AAS: 100 mg, uma vez ao dia, por via oral, associado à enoxaparina sódica, nos casos de gestante com diagnóstico de SAF.

O AAS pode ser suspenso, a critério médico, a partir da 36ª semana de gestação.

Anticoagulação plena

- Enoxaparina sódica: dose de 60 mg ou 80 mg, por via subcutânea a cada 12 horas, não podendo ultrapassar 160 mg/dia. **(Tabela 2)**

Tabela 2 – Dose plena de enoxaparina sódica por peso da gestante

Peso da gestante	Dose profilática de enoxaparina sódica
Até 69 kg	60 mg de 12 em 12 horas
Acima de 70 kg	80 mg de 12 em 12 horas*

* A dose de 80 mg pode ser administrada com duas seringas de 40 mg.

- **VIA DE ADMINISTRAÇÃO**

13.5.4 FLUXOGRAMA PARA A PROFILAXIA DE TEV EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

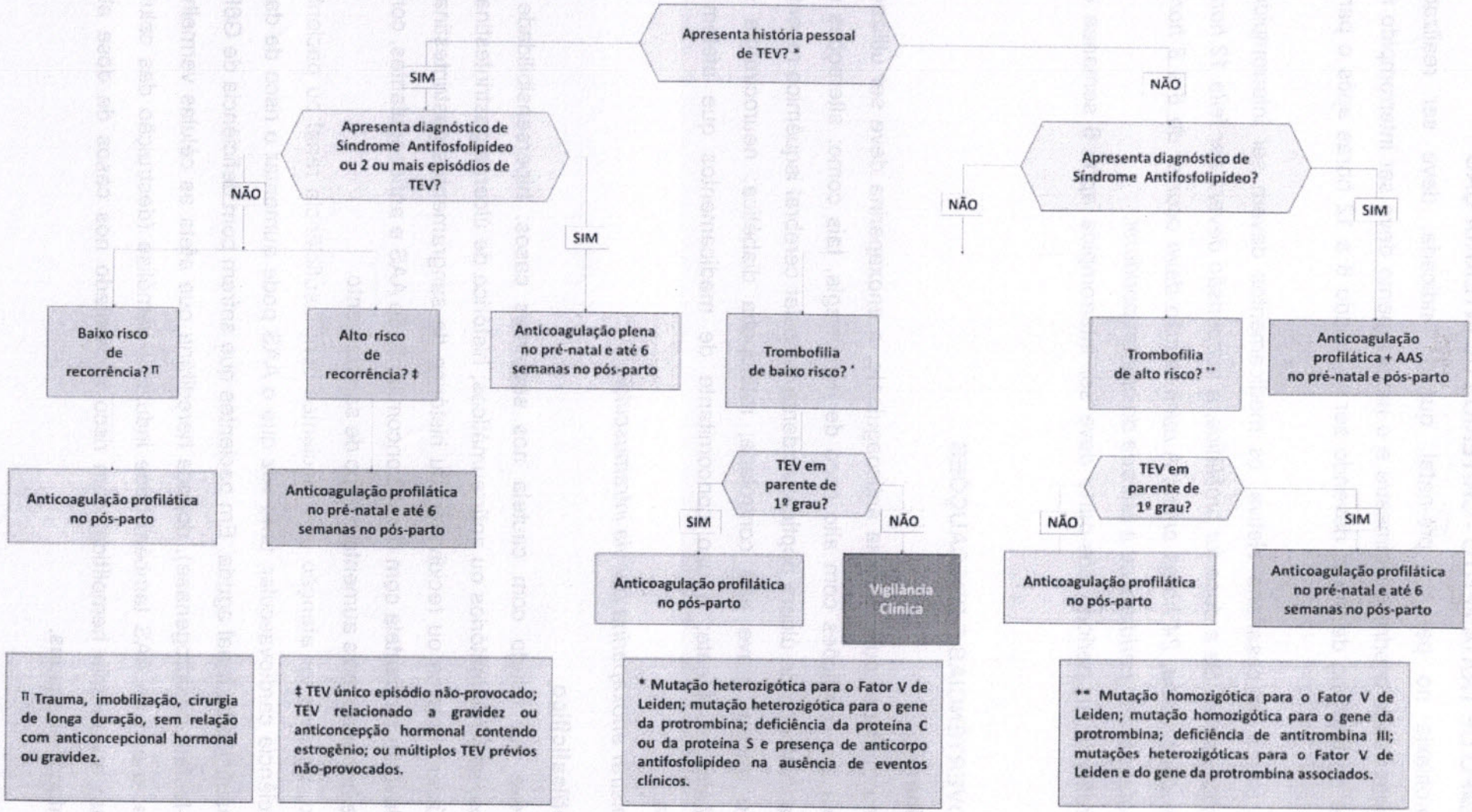


Figura 1 - Fluxograma do tratamento para prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia

O uso concomitante de AAS e metotrexato em doses iguais ou maiores que 15 mg/semana de metotrexato é contraindicado.

O AAS pode desencadear broncoespasmo e induzir ataques de asma ou outras reações de hipersensibilidade. Em doses baixas, o ácido acetilsalicílico reduz a excreção do ácido úrico. Essa redução pode desencadear crises de gota em pacientes predispostos.

Produtos que contêm AAS não devem ser utilizados por crianças e adolescentes para quadros de infecções virais com ou sem febre, sem antes consultar um médico. Em certas doenças virais, especialmente as causadas por varicela e vírus influenza A e B, há risco da Síndrome de Reye, uma doença muito rara, mas com potencial risco para a vida do paciente, que requer ação médica imediata. O risco pode aumentar quando o AAS é administrado concomitantemente na vigência desta doença embora a relação causal não tenha sido comprovada. Vômitos persistentes na vigência destas doenças podem ser um sinal de Síndrome de Reye.

13.5.7 EVENTOS ADVERSOS

Assim como com todos os anticoagulantes, a hemorragia é o principal evento adverso (EA) da anticoagulação, podendo ocorrer em qualquer local e principalmente na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíveis a sangramento, procedimentos invasivos ou uso de associações medicamentosas que afetam a coagulação.

Outros eventos adversos menos comumente relatados em ensaios clínicos foram: trombocitose, trombocitopenia, hematoma, dor local, urticária, prurido, eritema, reação alérgica e aumento das enzimas hepáticas.

O AAS provoca efeitos gastrintestinais, como dor abdominal, azia, náusea, vômito, úlcera e perfuração gastroduodenal, e; hemorragia gastrintestinal oculta ou evidente (hematêmese, melena) que pode causar anemia por deficiência de ferro. Esse tipo de sangramento é mais comum quando a posologia é maior.

Também podem-se manifestar efeitos deletérios sobre o sistema nervoso central, como tontura e zumbido, que geralmente indicam superdose. Da mesma forma, podem ocorrer efeitos hemorrágicos, pois, devido ao efeito sobre a agregação plaquetária, o AAS pode ser associado com aumento do risco de sangramento. Reações de hipersensibilidade, por exemplo, urticária, reações cutâneas, reações anafiláticas, asma e edema de Quincke podem ser observadas.

Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) em combinação com o AAS em altas doses: Diminuição da filtração glomerular por inibição das prostaglandinas vasodilatadoras. Além de diminuição do efeito anti- hipertensivo.

Ácido valproico: Aumento da toxicidade do ácido valproico devido ao deslocamento dos sítios de ligação com as proteínas.

Álcool: Aumento do dano à mucosa gastrintestinal e prolongamento do tempo de sangramento devido aos efeitos aditivos do AAS e do álcool;

Uricosúricos (como benzbromarona e probenecida): Diminuição do efeito uricosúrico (competição na eliminação renal tubular do ácido úrico).

- **MEDICAMENTO-EXAME LABORATORIAL**

Nas doses utilizadas para a profilaxia do tromboembolismo venoso, a enoxaparina não influencia significativamente o tempo de sangramento e os testes de coagulação sanguínea global nem afeta a agregação plaquetária ou a ligação do fibrinogênio às plaquetas. Pode ocorrer aumento do tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) e do tempo de coagulação ativada (TCA) com a administração de doses mais altas. Aumentos no TTPa e TCA não estão linearmente correlacionados ao aumento da atividade antitrombótica de enoxaparina, sendo, portanto, inadequados e inseguros para o monitoramento da atividade do medicamento.

13.5.9 ANTÍDOTO EM CASO DE HEMORRAGIAS

Em caso de hemorragia, com perda de quantidade significativa de sangue e instabilidade hemodinâmica, a gestante em uso de enoxaparina deve ser encaminhada para unidades de urgência e emergência obstétricas, para avaliação e tratamento. Os efeitos anticoagulantes podem ser, em grande parte, neutralizados pela administração intravenosa lenta de protamina em ambiente hospitalar.

A dose de protamina depende da dose de enoxaparina administrada, ou seja, 1 mg de protamina neutraliza parcialmente o efeito anticoagulante de 1 mg de enoxaparina, nas primeiras 8 horas após a administração.

Caso seja necessária uma segunda dose de protamina (após 8 horas da primeira administração), é indicada a infusão de 0,5 mg de protamina para 1 mg de enoxaparina.

que tiveram o diagnóstico de trombofilia antes do início da gestação, já utilizando ou não medicamentos, também devem ser acompanhadas em serviço especializado.

Gestantes em uso de anticoagulante, prescrito antes da vigência deste Protocolo, deverão ser reavaliadas quanto aos critérios de sua inclusão nele estabelecidos.

A gestante que for encaminhada deve manter o acompanhamento concomitante com a equipe da Atenção Primária para garantir um cuidado adequado e integral. A troca de informações entre a Atenção Primária e serviços especializados por meio de instrumentos de "referência e contra referência" é essencial para definir a qualidade do cuidado ofertado.

Gestantes sob uso de anticoagulante durante o pré-natal devem ter o parto assistido em unidade hospitalar. Considerando que o parto cesáreo tem risco de TEV quatro vezes maior que o parto vaginal, recomenda-se que a via de parto deverá seguir os critérios obstétricos.

Deve-se verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da assistência farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

As orientações para a Assistência Farmacêutica no SUS dispensar os medicamentos preconizados neste Protocolo encontram-se no **Apêndice 1** e no **Anexo IV**.

tratamento for interrompido. Sei também que continuarei (a gestante continuará) a ser atendida, inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) Enoxaparina sódica – solução injetável de 40 mg/0,4 mL

( ) Enoxaparina sódica – solução injetável de 60 mg/0,6 mL

( ) Ácido acetilsalicílico (AAS) – comprimidos de 100 mg

Local:	Data:	
Nome da paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de Identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do medico Data: _____		

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

- NOTA: Em casos de gestante com diagnóstico de síndrome do anticorpo fosfolipídeo (SAF) e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a anticoagulação plena de de 60 mg a 80 mg dependendo do peso corporal da paciente , a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.

Observações:

1) Para todas as gestantes, no ato da primeira dispensação deve ser apresentado e anexado ao processo o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário, dosagem de BhGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica; posteriormente, a cada 3 meses, deverá ser apresentado laudo de médico assistente ou ginecologista responsável pelo pré-natal da gestante atestando sua condição clínica e necessidade de uso de enoxaparina.

2) No laudo médico devem constar as seguintes informações: nome da paciente, número de identidade, idade gestacional, descrição da condição clínica (informações sobre o diagnóstico da trombofilia) e justificativa da necessidade de anticoagulação, nome do médico responsável e data de emissão do laudo.

3) Este documento não substitui o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentosdo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME).

APÊNDICE 2

METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Atualização do Protocolo Clinico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia após a incorporação da enoxaparina sódica 60 mg/0,6 mL – 2021

1. Escopo e finalidade da Diretriz

A atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia foi motivada pela incorporação no SUS do medicamento enoxaparina sódica 60 mg/0,6 mL, por meio da Portaria SCTIE/MS nº 35, de 6 de julho de 2021 (Relatório de Recomendação Nº 627, de junho de 2021).

A partir da publicação do PCDT para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia em 2020 (Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 04, de 12 de fevereiro de 2020), foi observada dificuldade dos gestores locais na implementação do Protocolo quanto ao esquema de anticoagulação plena, que consiste na administração de enoxaparina sódica na dose de 1 mg/Kg da paciente, por via subcutânea, a cada 12h, desde que a dose diária de 160 mg não seja ultrapassada. O medicamento enoxaparina sódica solução injetável de 40 mg/0,4 mL, alocado no grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

incluem as de 40 mg, 60 mg e 80 mg, sugeriu-se a aquisição de seringas de 40 mg e 60 mg, as quais contemplariam todas as posologias recomendadas. A dose de 80 mg, de 12 em 12 horas, poderia ser administrada com duas seringas de 40 mg duas vezes ao dia e, para as outras doses, seria necessária apenas a administração de uma seringa nos intervalos descritos. Assim, seguiu-se com a proposta de alteração do esquema posológico com enoxaparina (a depender do peso corporal da paciente) para:

- ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA: dose única diária de 40 mg ou 60 mg;

- ANTICOAGULAÇÃO PLENA: 60 mg ou 80 mg de 12 em 12 horas.

De forma a viabilizar essa alteração, foi submetida à Conitec a proposta de incorporação da enoxaparina 60 mg/0,6 mL, com parecer favorável pelo Plenário (Relatório de Recomendação nº 627, de junho de 2021) e, posteriormente, houve a incorporação pelo Ministério da Saúde (Portaria SCTIE/MS nº 35, de 6 de julho de 2021).

Adicionalmente, à 83ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, foi retomada a discussão sobre os exames necessários para a dispensação de enoxaparina, com a alteração de Observação 1 do Apêndice 1.

Assim, onde se lê: *"Para todas as gestantes, no ato da dispensação deve ser apresentado e anexado ao processo o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário, dosagem de BhGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica"; leia-se: "Para todas as gestantes, no ato da primeira dispensação deve ser apresentado e anexado ao processo o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário, dosagem de B-hGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica; posteriormente, a cada 3 meses deverá ser apresentado laudo de médico assistente ou ginecologista responsável pelo prénatal da gestante atestando sua condição clínica e necessidade de uso de enoxaparina".*

2. Equipe de elaboração e partes interessadas

O Protocolo foi atualizado pela Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CPCDT/DGITIS) com a revisão externa de especialista da área.

preconizado no presente PCDT. Neste sentido, foram utilizadas as buscas de evidência, resultados e referências do Relatório de Recomendação nº 627, de junho de 2021, disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210708_Relatorio_627_Enoxaparina_trombofilia_P35.pdf.

Por fim, foram consideradas diretrizes nacionais e internacionais sobre a temática para a atualização das informações pertinentes.

Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia após a incorporação da enoxaparina sódica 40 mg/0,4 mL- 2020

O processo de desenvolvimento deste Protocolo utilizou como base a Diretriz Metodológica de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde 37. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o sítio eletrônico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) foram consultados para a identificação das tecnologias disponíveis no Brasil e tecnologias demandadas ou recentemente incorporadas no SUS para o tratamento profilático de trombofilia em gestantes.

A Portaria nº 10/SCTIE/MS, de 25 de janeiro de 2018, tornou pública a decisão de incorporar a enoxaparina para o tratamento profilático de gestantes com trombofilia no âmbito do SUS e, deste modo, o medicamento encontra-se incluso neste PCDT. Neste sentido, este PCDT utilizou as buscas de evidência, resultados e referências do Relatório de Recomendação nº 335/2018, enoxaparina para gestantes com trombofilia, disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_Enoxaparina_Gestantes_Trombofilia.pdf.

Para elaboração dos demais itens deste documento foram utilizados diretrizes internacionais e nacionais.

- Crescimento Intrauterino Retardado (CIUR);
- Lúpus eritematoso sistêmico;
- Macrossomia fetal;
- Oligodrâmnio ou Polidrâmnio;
- Gestante com crises epilépticas (uso de drogas teratogênicas);
- Diabetes gestacional;
- Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG);
- Seguimento das síndromes hemorrágicas da gestação;
- Seguimento das complicações tardias das "STORCH" (AIDS, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes);
- Gestante obesa grau 3;
- Seguimento da Gravidez múltipla.

Alto risco
Característica individuais e condições socioeconômicas: • Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas • Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥40kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros)
Condições clínicas prévias à gestação: • Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras • Hipertensão arterial crônica • *Diabetes mellitus* 1 e 2 • Doenças genéticas maternas • Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar) • Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio • Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística) • Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos) • Endocrinopatias (*diabetes mellitus*, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo) • Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias. • Doenças neurológias (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves) • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses) • Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos) • Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez • Transplantes • Cirurgia bariátrica
continua...

Fonte: Ministério da Saúde - GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019.

14.2 ORIENTAÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

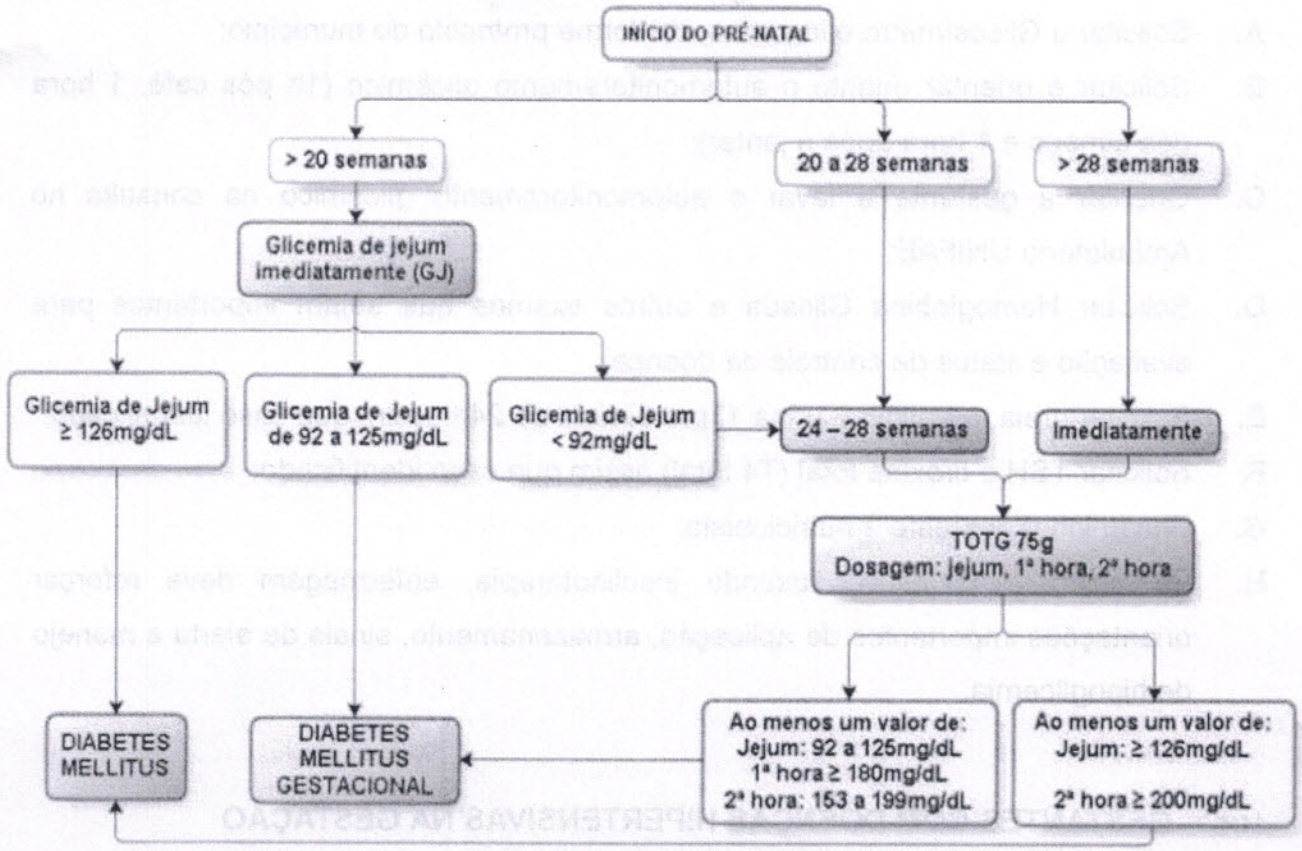


Figura 1 Fluxograma de rastreamento diagnóstico

DIABETES MELLITUS PRÉVIO À GESTAÇÃO

- Qualquer gestante identificada com diagnóstico prévio ou no início da gestação de diabetes Tipo 1, diabetes Tipo 2 (DM2) ou outras formas mais raras de diabetes mellitus deve ser encaminhada imediatamente ao ambulatório de pré-natal de alto risco.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)

- Qualquer gestante identificada com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional deve ser encaminhada imediatamente ao ambulatório de pré-natal de alto risco.

ORIENTAÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO DE GESTANTES DIABÉTICAS AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO

Ao encaminhar a gestante com diagnóstico de Diabetes, a Unidade de Saúde deverá:

F. Encaminhar ao cardiologista, no caso das hipertensas crônicas, para que seja solicitado ecocardiograma (já que, na rede básica, só o cardiologista pode solicitar);

G. Enviar um ECG realizado no momento do diagnóstico da gestação, no caso de hipertensas crônicas;

H. Solicitar TSH e tiroxina total (T4 total) assim que caso identificado;

I. Solicitar HMG, ureia, creatinina, sódio, potássio, AST, ALT, bilirrubina total e frações, TTPA, TPAP, ácido úrico, urina 1, LDH e clearance de creatinina + proteinúria de 24h assim que caso identificado;

J. Iniciar AAS 100mg ao dia e carbonato de cálcio + vitamina D3 500mg/400UI 12/12h, se gestante hipertensa crônica a partir de 12 semanas de idade gestacional (possível iniciar até a 20ª semana de idade gestacional, para profilaxia primária de pré-eclâmpsia);

K. Ajustar anti-hipertensivos para drogas segura na gestação, como a metildopa;

L. Se gestante com mais de 26 semanas de idade gestacional, já deixar solicitado um US obstétrico com Doppler;

M. No encaminhamento ao ambulatório, detalhar melhor os dados do acompanhamento até então, anotar exames importantes de interesse, condutas já realizadas que aguardam resultados e encaminhar cópia de exames já realizados na Unidade de Saúde.

15. ENCAMINHAMENTO PARA A MATERNIDADE

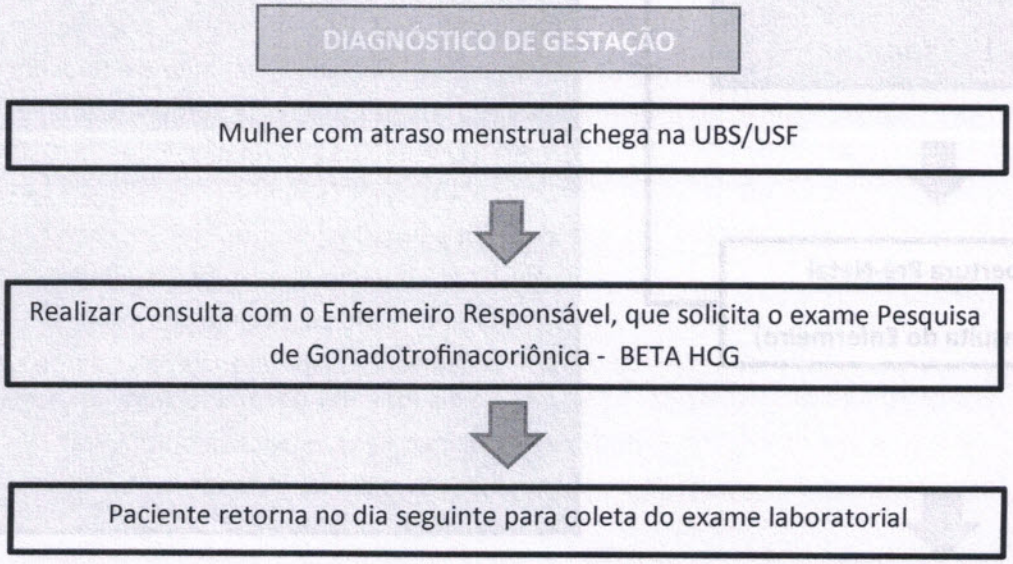
- Deverá ser realizado pelo profissional Médico/Enfermeiro que avaliou a gestante, com anotação em prontuário e preenchimento de relatório;
- Médico/Enfermeiro realiza contato por telefone com obstetra de plantão da Santa Casa de São João da Boa Vista;
- Relatório de encaminhamento deverá conter todos os dados relevantes, como motivo de encaminhamento, um resumo da história clínica, com hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e outras orientações específicas. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminha seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de

- Reforçar cuidados no período de puerpério;
- Incentivar e inserir puérpera no planejamento reprodutivo;
- É importante que a unidade utilize de estratégias de visita domiciliar pelos agentes de saúde a fim de garantir melhor qualidade da assistência ao binômio mamãe-bebê. Mediante situações/intercorrências identificadas, visitas domiciliares podem ser programadas a puérpera o mais precocemente possível.

RECÉM-NASCIDO:

- Realizar coleta de triagem neonatal (exame do pezinho);
- Orientar quanto a vacinação (BCG);
- Consulta de puericultura (RN): no 7º dia de vida;
- Realizar Projeto Vida (Até o 10º dia de vida do RN);
- Avaliar e orientar quanto os cuidados com o coto umbilical e condições de higiene do RN;
- Verificar sobre realização dos exames e seguimentos do recém-nascido;
- Incentivar o Aleitamento Materno exclusivo até os 6 meses com auxílio da equipe de saúde se necessário;

17. FLUXOS PARA ATENDIMENTO À GESTANTE



Coleta de exames

3 **Atualização da carteira de vacinação**

- Atualizar a carteira de vacinação após a coleta de exames laboratoriais (para não dar interferência nos resultados dos exames);

- Priorizar vacinação contra COVID-19 e após 30 dias a Influenza.

4 **Consulta Odontológica**

- Realizar avaliação odontológica e orientações;

- Caso a gestante não compareça, realizar Busca Ativa e remarcar consulta odontológica.

5 **Consulta mensal com GO**

ATENÇÃO! Se gestante com queixas, agendar Consulta Médica o mais rápido possível!

É obrigatório o preenchimento do cartão da gestante por todos profissionais!

- As consultas médicas da rotina do Pré-Natal, devem se agendadas após terem resultados de exames laboratoria

- Realizar pré-consulta antes das consultas médicas, veri oximetria, SSVVs, peso e estatura;

- O Médico deverá avaliar os resultados dos exames de l rotina, proceder com a anamnese e exame físico;

- Caso a gestante não compareça na consulta médica, o de Enfermagem deverá comunicar o Enfermeiro para re

2º trimestre

(14ª a 27ª semana)

6 **Consulta mensal com GO**

- Realizar pré-consulta antes das consultas médicas, verificando oximetria, SSVVs, peso e estatura;

- O Médico deverá proceder com a anamnese e exame físico;

- Certificar que todos os exames foram realizados;

- Solicitar 2ª rotina de exames laboratoriais (20 semanas de gestação);

- Solicitar US (realizar entre 20ª e 24ª semanas de gestação);

- Caso a gestante não compareça na consulta médica, o Atendente de Enfermagem deverá comunicar o Enfermeiro

7

- Realizar a coleta dos exames laboratoriais da gestante;

- O Enfermeiro deverá verificar diariamente as gestantes faltosas e convocá-las para coleta de exames em nova data;

3º trimestre

(28 ª a 41ª semana)

10 **Consulta mensal com GO (28ª a 31ª semana)**

Consulta quinzenal com GO (32ª a 35ª semana)

- Realizar pré-consulta antes das consultas médicas, verificando oximetria, SSVVs, peso e estatura;
- O Médico deverá proceder com a anamnese e exame físico;
- Certificar que todos os exames foram realizados;
- Solicitar exames da 3ª rotina;
- Solicitar US (recomendado após 34 semanas para avaliação do Grau Placentário);
- Caso a gestante não compareça na consulta médica, o Auxiliar de Enfermagem deverá comunicar o Enfermeiro para realização

11 **Consulta semanal com GO**

(A partir da 36ª semana)

12 **3ª Consulta Enfermeiro**

- Realizar 3ª consulta com o Enfermeiro na 35ª semana de gestação;
- Orientar quanto os sinais do trabalho de parto;
- Realizar 3º Teste Rápido (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Promover a Busca Ativa caso não compareça na consulta;
- Ressaltar a importância da amamentação;
- Orientar quanto a importância do retorno para consulta puerperal e puericultura (do RN) após o parto;
- Orientar que o teste do pezinho é realizado na Unidade de

13 **Exames**

- Realizar a coleta dos exames laboratoriais da gestante;
- Coletar SWAB (estreptococos do Grupo B) entre 35ª a 37ª semana – Anexar resultado na carteirinha da gestante;
- O Enfermeiro deverá verificar diariamente as gestantes faltosas e convocá-las para coleta de exames em nova data;

Gestantes que apresentarem RH negativo, com indicação médica de profilaxia da aloimunização anti-RH, deverão receber a medicação no período de 28 a 34 semanas.*

*Vide protocolo anexo

4 **Acompanhamento (Parceiro)**

- Seguimento do(s) parceiro(s) sexual(is) com sífilis adquirida – Solicitar VDRL trimestralmente no 1º ano e semestralmente no 2º ano.

5 **Maternidade**

- Toda gestante diagnosticada com Sífilis durante o Pré-Natal, deverá ser encaminhada para maternidade com Relatório de Tratamento e Acompanhamento de Sífilis na Gestação* (afixar na carteirinha da gestante)

- As notificações no Pré-Natal de gestantes com Sífilis serão encaminhadas pela VE à maternidade, para que tenham conhecimento prévio dos casos.

*Modelo padronizado.

6 **Acompanhamento pós-parto (Puérpera)**

- Gestantes com Sífilis pós-parto, deverão portar um contra-referência da maternidade na carteirinha para levar na consulta puerperal. Uma cópia deverá ser encaminhada à VE, constando conduta e tratamento realizado.

- As puérperas com diagnóstico de Sífilis na gestação ou no momento do parto, o segmento deverá ser com teste não treponêmico (VDRL) trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano, até a alta por cura.

7 **Acompanhamento pós-parto (Crianca exposta)**

- O acompanhamento das crianças será realizado pelo Centro de Especialidades Médicas por 18 a 24 meses, para TODAS as crianças com Sífilis Congênita ou expostas à Sífilis Materna.

Pós-parto

(Cuidados com a puérpera e RN)

Puérpera

CM até no 7º dia pós-parto.

CM no 40º dia pós-parto.

AUXILIAR A PUÉRPERA NA ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO

CONSULTA COM O ENFERMEIRO:

- Realizar coleta do teste do pezinho (triagem neonatal);

- Avaliar e orientar quanto os cuidados com o coto umbilical e condições de higiene do RN;

- Avaliar pega e reforçar orientações quanto a amamentação;

- Avaliar as mamas da puérpera;

- Avaliar sangramento (lóquios) e suturas (incisão ou episiorrafia), salientando os cuidados.

O ENFERMEIRO DEVERÁ FATURAR OS SEGUINTES PROCEDIMENTOS:

- RN: Avaliação do Desenvolvimento da criança na puericultura

(03.01.01.027-7)

RN

Mãe leva RN para coleta do exame de triagem neonatal

Encaminhar para vacinação da BCG (caso não tenha sido administrada)

Realizar Projeto Vida

(Até o 10º dia de vida do RN)

Realizar consulta médica até o 7º dia de vida do RN

ANEXO II

Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista

Departamento de Saúde

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Relatório de Tratamento e Acompanhamento da Sífilis na Gestação

Gestante _____ apresentou
(nome da gestante)

1º) **VDRL** ( )não reagente ou (1:____ titulo), **teste treponêmico** ( )negativo ( )positivo.
(teste rápido, TPHA, elisa, outro)

data ____/____/____ semanas de gestação____

2º) **VDRL** ( )não reagente ou (1:____ titulo), **teste treponêmico** ( )negativo ( )positivo.
(teste rápido, TPHA, elisa, outro)

data ____/____/____ semanas de gestação____

Tratamento da gestante Data provável do parto ___/___/____

. Iniciou tratamento para sífilis: ( )primária ( )secundária ( ) latente, com _____semanas de gestação.

. Tratamento - penicilina benzatina (UI): ( ) 2.400.000 ( ) 4.800.000 ( )7.200.000

. Sensibilidade à penicilina: ( )não ( )sim. Se sim, dessensibilização: ( )Sim ( )Não

. Uso de outra medicação: ( )não ( )sim. Qual? _____

. Tratamento incompleto : ( )não ( )sim. Motivo: _____

Parceiro

. VDRL ( )não reagente ( ) 1:____ titulo ( )não realizado data ____/____/____

. Teste treponêmico ( )negativo ( )positivo ( )não realizado data ____/____/____
(teste rápido, TPHA, elisa, outro)

. Tratamento: penicilina benzatina (UI) ( ) 2.400.000 ( ) 4.800.000 ( ) 7.200.000

Controle do tratamento da gestante e parceiro

Penicilina Benzatina	Data aplicação -Gestante	Data aplicação -Parceiro
1ª dose	/ /	/ /
2ª dose	/ /	/ /
3ª dose	/ /	/ /

VDRL de CONTROLE da gestante pós tratamento

Data	Idade gestacional (semanas)	Título de VDRL
/ /		1:
/ /		1:
/ /		1:
/ /		1:
/ /		1:

Serviço de Pré-Natal (nome, bairro ou município)

Assinatura do profissional / Carimbo

• No puerpério, quando o recém-nascido for Rh positivo e mãe Rh negativo não sensibilizada, independentemente se mãe que recebeu imunoglobulina anti-D às 28 semanas de gestação. Após o parto, a imunoglobulina deve ser administrada até 72 horas, sabendo-se que quanto mais tardia for a aplicação, menor será sua efetividade. Ainda assim, se a mulher tiver tido alta hospitalar sem que tenha sido administrada a medicação, poderá ser aplicada até 28 dias após o parto.

RESPONSABILIDADE

Profissionais das áreas técnicas envolvidas das Unidades de Saúde do Município de São João da Boa Vista. Importante: A Secretaria de Estado da Saúde é responsável pelo financiamento e aquisição do medicamento Imunoglobulina Anti-Rh (D), bem como pela distribuição ao DRS XIV para que este órgão dispense à gestante por meio da Farmácia de Alto Custo.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ACESSO AO MEDICAMENTO

CID's contemplados: O36.0, T80.4, Z34.9, Z35.9

Relação de documentos necessários para obtenção do medicamento:

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (conforme anexo).

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

• Documento de identidade;

• Comprovante de residência com CEP;

• Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

Para mães durante o período gestacional:

• Tipagem sanguínea com fator Rh da mãe;

• Coombs indireto, com resultado negativo, na 28° semana de gestação (considerar sua utilização até a 34º semana se for ultrapassada a época preconizada) no puerpério.

Nas demais situações abaixo apresentar relatório médico:

• Nas síndromes hemorrágicas (abortamento, gestação ectópica, gestação molar, placenta de inserção baixa, descolamento prematuro de placenta, sangramentos inexplicados, etc.);

• Após aborto ou óbito fetal;

• Após trauma abdominal;

• Após procedimento invasivo – (Cordocentese, Amniocentese, Biopsia de Vilo Corial);

RISCOS/LIMITAÇÕES

Dificuldade do acesso ao medicamento ocasionando atraso no tempo preconizado para a profilaxia da aloimunização Rh.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2018. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Resolução SS - 199, de 6-10-2010. Estabelece condições para dispensação de Imunoglobulina anti-D para prevenção da Isoimunização Rh em Gestantes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS do Estado de São Paulo, e dá outras providências.

Elaborado por: Patrícia Christine Vallim Peres Cabrelon
Chefe do Serviço de Assistência Farmacêutica

Revisado por: Juliana Aguiar Moraes Responsável
Técnica pela Atenção Primária a Saúde
Revisado por: Ana Laura Buzon Gregores Petinati
Responsável Técnica pela Farmácia de Alto Custo

Elaborado em: Maio/2020

despolimerização alcalina do éster benzilheparina derivado da mucosa intestinal suína. A profilaxia no período pré-natal, quando indicada, deve ser realizada precocemente desde o primeiro trimestre e o medicamento deve ser interrompido na fase latente do trabalho de parto. A profilaxia no período pós-parto deve ser interrompida após 6 semanas do parto.

RESPONSABILIDADE

Profissionais das áreas técnicas envolvidas das Unidades de Saúde do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista.

O medicamento pertence ao Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ACESSO AO MEDICAMENTO

CID's contemplados: D68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5

Relação de documentos necessários para obtenção do medicamento:

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (em anexo).

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Documento de identidade;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Relatório médico acompanhado de laudo laboratorial ou exames de imagem (Apêndice 1);
- Laudo de pelo menos um dos exames para comprovação da gestação: o Dosagem de ß-HCG urinário; o Dosagem de ß-HCG sérico; o Ultrassonografia transvaginal ou pélvica.

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).

APÊNDICE 1

ORIENTAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS DISPENSAR MEDICAMENTOS PARA A PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

CRITÉRIOS DE USO:

( ) História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV)

(Anexar exame de imagem – ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética).

( ) Síndrome Antifosfolipídeo (SAF)

(Anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM).

( ) Trombofilia hereditária de alto risco

(Anexar laudo laboratorial: mutação homozigótica para o fator V de Leiden; mutação homozigótica parao gene da protrombina; deficiência da antitrombina III; mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas).

( ) Trombofilia hereditária de baixo risco

(Anexar laudo laboratorial: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolipídeo na ausência de eventos clínicos).

TERAPIA INDICADA:

( ) Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas pós-parto. - Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg/dia ou 60 mg/dia, dependendo do peso corporal da paciente.

( ) Anticoagulação profilática no pós-parto. - Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg ou 60 mg dependendo do peso corporal da paciente.

( ) Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas pós-parto + AAS - Enoxaparina sódica injetável 40 mg/dia ou 60 mg/dia dependendo do peso corporal da paciente + AAS comprimido 100 mg/dia.

( ) Anticoagulação plena durante a gravidez e até seis semanas pós-parto. - Enoxaparina sódica injetável de 60 mg ou 80 mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.

- NOTA: Em casos de gestante com diagnóstico de síndrome do anticorpo fosfolipídeo (SAF) e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a anticoagulação plena de de 60 mg a 80 mg dependendo do peso corporal da paciente , a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.

Observações:

1) Para todas as gestantes, no ato da primeira dispensação deve ser apresentado e anexado ao processo o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário, dosagem de BhGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica; posteriormente, a cada 3 meses, deverá ser apresentado laudo de médico assistente ou ginecologista responsável pelo pré-natal da gestante atestando sua condição clínica e necessidade de uso de enoxaparina.

2) No laudo médico devem constar as seguintes informações: nome da paciente, número de identidade, idade gestacional, descrição da condição clínica (informações sobre o diagnóstico da trombofilia) e justificativa da necessidade de anticoagulação, nome do médico responsável e data de emissão do laudo.

ANEXO V

Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista
Departamento Municipal de Saúde
Serviço de Assistência Farmacêutica
Av: Dr. Oscar Pirajá Martins,1520 – Santa Edwirges, Fone:3634-8119
e-mail: saude_farmaceutica@saojoao.sp.gov.br

POP 12

TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE

CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácia Central do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista.

OBJETIVO

Garantir o acesso aos medicamentos e orientar o uso correto, visando o tratamento adequado da Toxoplasmose.

CONSIDERAÇÕES

A Toxoplasmose é causada pelo parasito Toxoplasma gondii, sendo uma infecção comum e de manifestação clínica rara. As principais vias de transmissão são: oral (água e alimento contaminados) e congênita (vertical). Mulheres grávidas imunocomprometidas e infectadas antes de sua gravidez também podem desenvolver a fase aguda e transmitir o agente etiológico ao feto. O dano ao feto é frequentemente mais grave quanto mais cedo ocorrer a transmissão, podendo causar aborto espontâneo, óbito fetal, microcefalia e outras sequelas no recém-nascido. Embora muitas crianças infectadas durante a gestação não apresentem sinais e sintomas no momento do nascimento (assintomáticas), podem desenvolver sequelas tardias, como perda da visão, deficiência mental, convulsões, etc. A toxoplasmose é a causa mais comum de lesões expansivas cerebrais em Pessoas Vivendo com HIV. A neurotoxoplasmose (NTX) está entre as infecções oportunistas definidoras de AIDS. A toxoplasmose gestacional, toxoplasmose congênita e toxoplasmose em PVHIV são de notificação compulsória conforme a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Todos os casos suspeitos de toxoplasmose gestacional, congênita e em PVHIV devem ser notificados.

Definição de Caso de Toxoplasmose Gestacional:

CASO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL (NOTIFICAR)

Infecção aguda provável (NOTIFICAR)

IgM e IgG reagentes, baixo índice de avidez:

4. A Equipe de Saúde deve orientar o usuário e/ou acompanhante ou representante a se dirigir a Farmácia Central para entrega da documentação e orientação quanto a data da retirada do medicamento;

5. A Farmácia Central procederá a conferencia da documentação entregue pelo usuário e/ou acompanhante ou representante e solicitará o (s) medicamento (s) ao DRS XIV, conforme Nota Técnica nº 7/2020-CGAFME/DAF/SCTIE/MS (em anexo);

6. Ao receber a medicação a Farmácia Central deve entrar em contato com o paciente para iniciar o tratamento;

7. A Farmácia Central deve manter controle dos medicamentos recebidos pelo DRS XIV e dispensados ao paciente;

8. A Farmácia Central deve prestar orientação correta sobre o uso dos medicamentos, de acordo com a prescrição médica.

9. A Farmácia Central deve preencher a planilha referente ao Anexo I da Nota Tecnica nº 7/2020- CGAFME/DAF/SCTIE/MS (em anexo) e encaminhar ao DRS XIV conforme calendário estabelecido.

RISCOS/ LIMITAÇÕES

Dificuldade do acesso ao medicamento ocasionando demora ou interrupção do tratamento predispondo agravo à saúde do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, 2006c

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, 8. ed. rev. – Brasília: 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de notificação e investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita. Brasilia, 2018.

Elaborado por: Patrícia Christine Vallim Peres Cabrelon - Serviço de Assistência Farmacêutica

Elaborado por:

Juliana Aguiar Moraes Responsável
Enfermeira – Instituto Drª Rita Lobato

Rafael Hermann de Faria
Implantação e Acompanhamentos de Programas de Saúde

Patrícia Christine Vallim Peres Cabrelon
Serviço de Assistência Farmacêutica

Aprovado por:

Dr. Jose Carlos Pivesso Junior
Médico Ginecologista e Obstetra – CRM 74315

Validado por:

Próxima revisão: