



Encarte Técnico Assistência Obstétrica e Perinatal

Rede de Proteção à Mãe Paulistana



*São Paulo
2007*

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PREFEITO
GILBERTO KASSAB

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MARIA APARECIDA ORSINI DE CARVALHO

*Coordenação de Desenvolvimento de Programas e
Políticas de Saúde - CODEPPS
Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo*

Encarte Técnico Rede de Proteção à Mãe Paulistana

Elaboração: Julio Mayer de Castro Filho

Colaboradores:

Área Técnica Saúde da Mulher

Carlos Eduardo Vega
Luis Carlos Pazero
Olga Aparecida Fortunato Caron
Sandra Lucileia Pereira

Programa Municipal de DST/AIDS

Maria Cristina Abbate
Marina Aragão W. Gonçalves
Maria Stella Dantas
Zarifa Khoury

Programa Rede de Proteção Mãe Paulistana

Celso de Moraes Terra
Andrea Silveira de Queiróz Campos
Bertille Ferreira da Silva
Claudete Aparecida Nazareth
Esmerinda Maria Cavalcante
Marcelo Baleeiro Beltrão

Comissão Municipal de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
São Paulo
2007**

APRESENTAÇÃO

Este encarte complementa o Manual Técnico – Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006.

Isto se faz necessário uma vez que as especificidades de grupos populacionais, as características epidemiológicas e a rede de serviços do sistema de saúde da cidade de São Paulo têm características peculiares .

Desta forma, com o objetivo de oferecer aos profissionais de saúde que atendem as gestantes que realizam o Pré-natal e o Parto na Rede de Proteção à Mãe Paulistana, uma normatização técnica e referências para organização da rede assistencial e, ainda, corroborar com a diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal, foi elaborado este encarte que amplia a discussão da assistência ao parto e dos temas como abordagem nas infecções do trato urinário, na transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita e na infecção pelo Streptococo do grupo B .

Acreditamos que com isto ,estaremos contribuindo para uma melhor qualidade de vida para as mulheres e crianças paulistanas.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (I.T.U.) E GRAVIDEZ

A infecção urinária é a segunda causa de intercorrência clínica na gravidez, sendo que a maior incidência na gestante é resultante das alterações anatômicas e funcionais que ocorrem no trato urinário durante o estado gestacional.

MODIFICAÇÕES GRAVÍDICAS QUE FACILITAM A OCORRÊNCIA DE I.T.U. NA GRAVIDEZ:

- Dilatação bilateral pielo-calicial e ureteral
- Hipotonia pielo-ureteral
- Estase urinária
- Glicosúria
- Aminoacidúria

Principal agente infeccioso: Escherichia Coli (75-80%)

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

- Rastreamento pré-natal:
- Urina tipo I
- Urocultura em cada trimestre (1º, 2º e 3º) e quando necessário
- Diagnóstico: urocultura com pelo menos 100.000 unidades formadoras de colônias/ml em 2 amostras de urina colhida com assepsia pela técnica do jato médio, com pacientes assintomáticas.
- Tratamento: Estimular a ingestão de líquidos (Hidratação)
- Esquema usual: ampicilina ou cefalexina 500mg VO 6/6 horas durante 7 a 14 dias ou orientado pelo antibiograma.
- Orientado pelo antibiograma
- Controle: Urocultura negativa colhida após sete dias do tratamento.

CISTITE AGUDA

Diagnóstico:

Clínico:

- Sintomas locais: Disúria, polaciúria, hematúria eventual, nictúria e urgência miccional
- Sintomas sistêmicos: Discretos, eventualmente febre e dor no hipogástrio sem comprometimento do estado geral.

Laboratorial: leucocitúria, hematúria micro/macrocópica eventual, bacteriúria e urocultura (+)

- Tratamento: igual ao da Bacteriúria Assintomática.

PIELONEFRITE AGUDA

Diagnóstico:

Clínico:

- Sintomas uretrais discretos
- Sintomas sistêmicos intensos com comprometimento do estado geral, febre, calafrios, dor abdominal e/ou lombar, Giordano (+), por vezes náuseas e vômitos.

Laboratorial: Urina I + urocultura + antibiograma + leucograma

Internação:

- Repouso no leito
- Hidratação
- Antibioticoterapia - Iniciar c/ cefalotina 1,0g EV 6/6 h. até resultado do antibiograma. Havendo boa resposta clínica em 48 h. passar para cefalexina 500 mg VO 6/6 h. e manter até completar 15 dias. Em caso de germe resistente, substituí-la conforme resultado do antibiograma.

- Se for necessário associar aminoglicosídeo (Gentamicina 7,5 mg/Kg/dia em 2-3 doses) com controle rigoroso da função renal
- Risco de oto e nefrotoxicidade fetal
- Tratar de forma adequada o parto prematuro quando presente.
- Controle com urocultura sete dias após término do tratamento.
- Controle com urocultura periódica até o final da gestação.
- Após término do puerpério, encaminhar para urologista para investigação de patologia renal residual.

PROFILAXIA

- Tratamento adequado das leucorréias.
- Orientação para correta higiene genital e anal
- Orientar para aumentar a ingestão de líquidos

CONDUTA NAS RECORRÊNCIAS

- Repetir o tratamento com base no resultado da urocultura
- Manutenção com nitrofurantoina 100 mg/dia até o final da gravidez, suspendendo na última semana por risco de hemólise no RN.
- Urografia excretora três meses após o parto.

ABORDAGEM PERINATAL DA SÍFILIS E DA INFECÇÃO PELO HIV

1 – Introdução

A AIDS e a Sífilis constituem problemas importantes de saúde pública nos países em desenvolvimento. A transmissão vertical (T.V.) do HIV responde por 90% dos casos de AIDS em crianças menores de 13 anos e o agente etiológico da Sífilis, o Treponema pallidum, pode passar para o feto via placentária em qualquer estágio da doença e qualquer idade gestacional causando, no mundo, meio milhão de casos de Sífilis congênita por ano e mais meio milhão de abortos e natimortos por ano. Um dos objetivos das Nações Unidas para o desenvolvimento do milênio é eliminar a Sífilis congênita como problema de saúde pública, buscando a meta de incidência de menos de um caso novo para cada mil nascidos vivos por ano.

2 – Incidência de Sífilis congênita no município de São Paulo

Ainda hoje, em pleno Século XXI, na maior cidade da América latina e com todos os avanços da tecnologia, constatamos óbitos de recém-nascidos em maternidades no município, vítimas da Sífilis congênita, doença que pode ser totalmente curada ainda durante a gravidez apenas com o uso da Penicilina Benzatina.

O coeficiente de incidência dos casos confirmados e presumíveis de Sífilis congênita no município de São Paulo em 2.005 ficou em 2,0/1.000 nascidos vivos. Para enfrentar o desafio de reduzir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis congênita, a Secretaria Municipal de Saúde constituiu uma Comissão Municipal que normatiza, avalia e propõe ações para o controle efetivo da redução da T.V., como veremos a seguir.

3 – Abordagem diagnóstica e encaminhamento

A abordagem diagnóstica e o encaminhamento dos casos de infecção pelo vírus HIV e de Sífilis no período perinatal, devem seguir os fluxos definidos abaixo conforme o local de atendimento da gestante.

3.1 – Abordagem no pré-natal

Assim que a gravidez é confirmada, a gestante deve ser sensibilizada pela equipe de saúde acerca da importância do pré-natal, informada de seus direitos enquanto cidadã paulistana e aconselhada a realizar os exames de rotina de pré-natal oferecidos obrigatoriamente, inclusive o VDRL e o Anti HIV, que deverão ser solicitados pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro).

A seguir, a gestante deve ser inserida no “Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana” e no SISPRENATAL e seu Prontuário aberto, assim como o “Cartão de Pré-natal”. No decorrer de seu acompanhamento pré-natal, todas as informações deverão ser escritas e os sistemas de informação deverão ter os seus dados atualizados periodicamente.

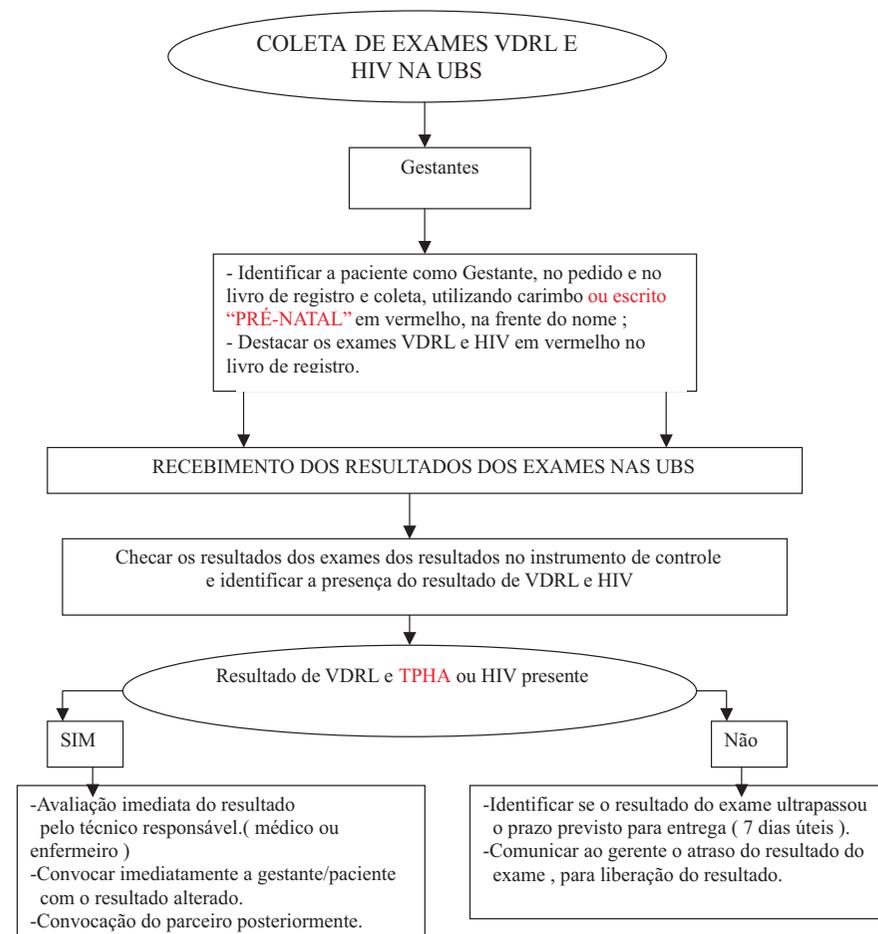
A coleta e o recebimento dos resultados dos exames VDRL e Anti HIV deverão seguir o Fluxograma contido na [página 10](#).

Os resultados dos exames efetuados pelos laboratórios executantes deverão seguir o Fluxograma contido na [página 11](#).

De posse de resultado de Anti HIV POSITIVO ou INDETERMINADO, o profissional técnico responsável não deverá solicitar teste confirmatório na UBS e sim providenciar para a gestante o agendamento imediato de uma consulta em Unidade Especializada em DST/Aids (UEDST/Aids).

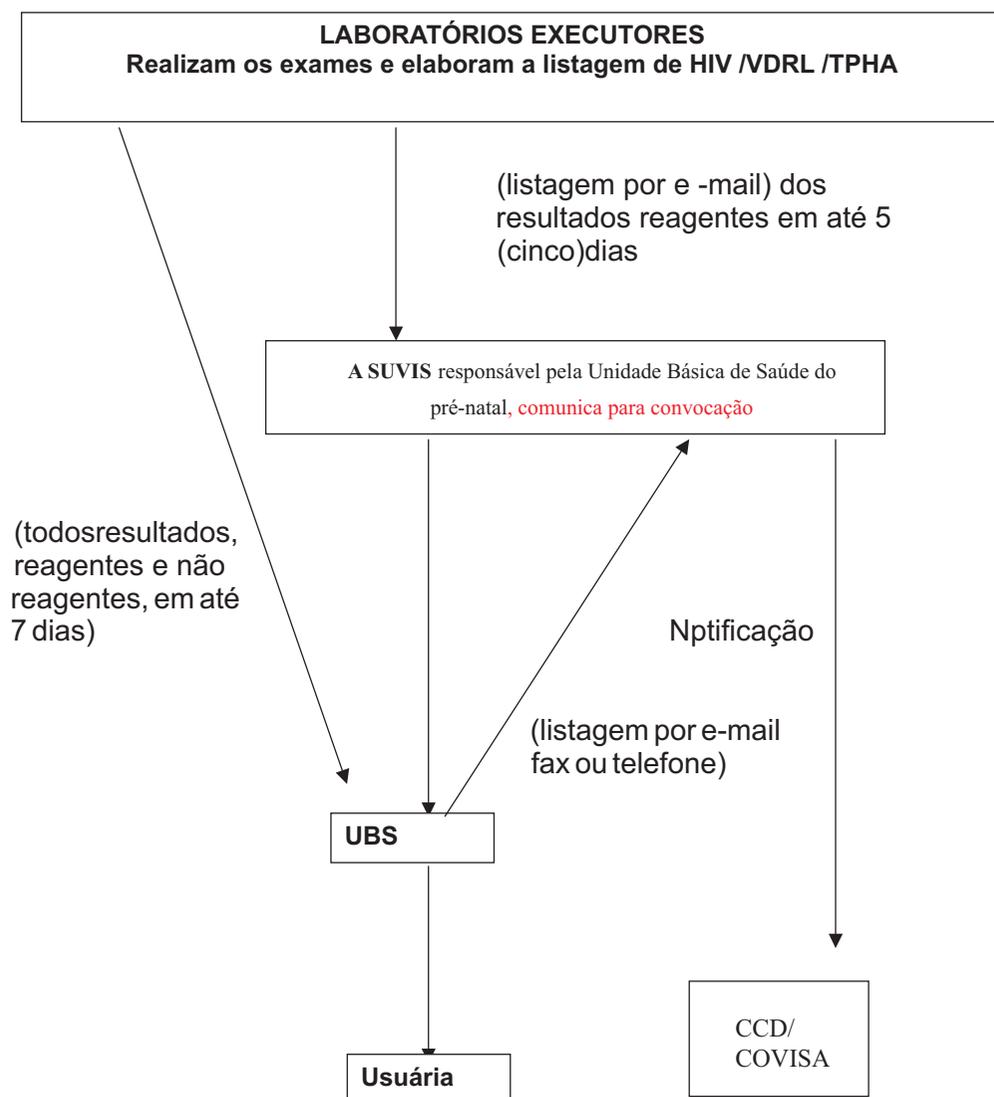
Na UE DST/Aids a gestante deverá seguir o pré natal conforme as diretrizes do Programa Nacional de DST/AIDS (Consenso 2006).

FLUXOGRAMA PARA COLETA E RECEBIMENTO DOS EXAMES VDRL E HIV NAS UBS



OBS : Caso a paciente não responda á convocação ou falte á consulta de Pré- Natal,fazer a busca ativa para a abordagem inicial da gestante e do parceiro

Fluxo de encaminhamento dos resultados de exames para sífilis e HIV



A gestante que apresentar VDRL REAGENTE confirmado pelo TPHA, confirma o diagnóstico sorológico de Sífilis, deve receber o tratamento imediatamente com PENICILINA BENZATINA e o(s) parceiro(s) convocado(s) e tratado(s).

A seguir, a UBS deverá notificar a Vigilância Epidemiológica, através do impresso SINAN pré-numerado.

Tratamento da Sífilis

Sífilis primária:

Penicilina Benzatina 2,4 milhões de unidades I.M.

Sífilis secundária:

Penicilina Benzatina 2,4 milhões de Unidades I.M., repetir após 7 dias

Sífilis terciária ou latente tardia ou co-infecção por HIV:

Penicilina Benzatina 2,4 milhões de Unidades I.M., repetir por 3 semanas consecutivas

Seguimento no pré-natal

A gestante que apresentar resultados NEGATIVOS de VDRL e Anti HIV solicitados na primeira consulta, deverão ter os exames solicitados novamente no início do terceiro trimestre (após 28 semanas).

A gestante que apresentar sorologias confirmatórias de Sífilis, após ser tratada adequadamente e seu(s) parceiro(s), deverá ter VDRL solicitado mensalmente até o parto, cujos títulos deverão apresentar queda progressiva.

Se houver interrupção do tratamento, ele deverá ser reiniciado.

Se houver quadruplicação dos títulos, verificar se o parceiro tratou e reiniciar o tratamento.

3.3 – Abordagem na Maternidade ou Casa de Parto

Os exames VDRL e Teste Rápido de Anti HIV deverão ser solicitados para TODAS as gestantes admitidas em Trabalho de Parto ou em situação de abortamento.

O teste rápido de anti HIV deverá ser solicitado para todas as gestantes admitidas em trabalho de parto que não tenham sorologia realizada ou com sorologia negativa.

Se a mulher em Trabalho de Parto, em abortamento ou com óbito fetal apresentar VDRL REAGENTE, deverá ser tratada de imediato, assim como seu(s) parceiro(s).

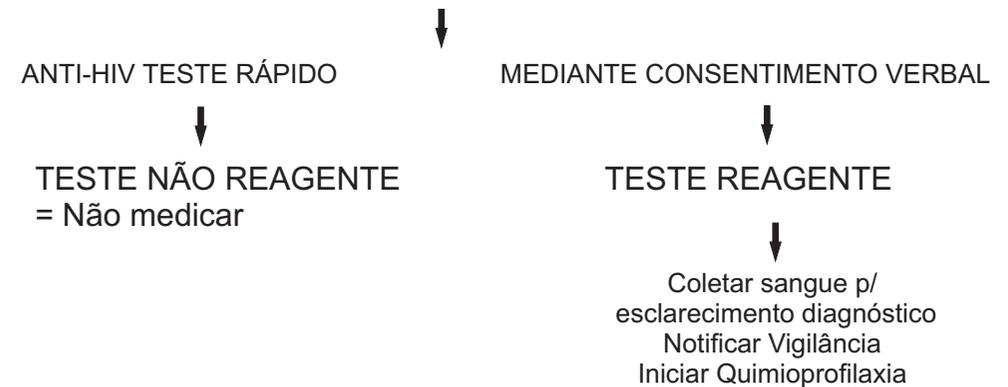
O Recém-nascido cuja mãe apresentou VDRL REAGENTE na gestação ou no momento do parto ou que apresente suspeita clínica de Sífilis congênita deverá ter seu sangue periférico colhido para realização de VDRL e imediatamente tratado.

A seguir, o Núcleo de Epidemiologia Hospitalar ou a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão ser notificados para tomarem as providências cabíveis (notificação ou investigação do caso).

Se a parturiente apresentar teste rápido de Anti HIV POSITIVO no momento da admissão ou já tiver sorologia POSITIVA, seguir Fluxograma contido na página 14.

FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NAS MATERNIDADES

PARTURIENTE SEM SOROLOGIA ou SOROLOGIA NEGATIVA



PARTURIENTE COM HIV/Aids

Escolha do Parto: a depender da Carga Viral (C.V.)

CV > 1000 cópias/ml ou gestação > 34 semanas e CV desconhecida:

Cesariana Eletiva

CV < 1000 cópias/ml ou trabalho de parto já iniciado: Parto Vaginal induzido, sem rotura das membranas e sem episiotomia

QUIMIOPROFILAXIA

INICIAR NA 1ª HORA DO INÍCIO DO TRABALHODE PARTO

AZT 2 mg/kg diluído 100 ml de Soro Glicosado 5% Infundir (IV) na 1ª hora do trabalho de parto

Obs: CESARIANA ELETIVA – Iniciar 3 horas antes da intervenção cirúrgica

MANUTENÇÃO

AZT 1 mg/kg/hora em infusão contínua (IV) até o clampeamento do cordão umbilical

PÓS PARTO

Orientar quanto à não amamentação
Inibir lactação.

Inibição Mecânica

Enfaixamento das mamas

Inibição Química

Cabergolina 0,5mg - 2 comprimidos em dose única
Orientar mãe quanto preparo da fórmula Infantil (leite)

Encaminhar a Puérpera e o Recém Nascido para acompanhamento
em Unidade Especializada DST/Aids

ASSISTÊNCIA AO PARTO**INTRODUÇÃO:**

Os profissionais envolvidos na assistência ao parto deverão adotar medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade como:

- Manter o dialogo com a mulher e seu acompanhante durante todo e qualquer procedimento realizado,
- Informar sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos do trabalho de parto e parto esclarecendo as possíveis alterações;

Estas recomendações visam evitar a tríade medo-tensão-dor, pois se baseia no fato de que o conhecimento destrói o temor e evita a tensão, controlando a dor.

ADMISSÃO DA PARTURIENTE:

- Solicitar VDRL para todas as parturientes admitidas e teste rápido anti HIV para as que não apresentarem sorologia positiva, com aconselhamento, esclarecimento do teste e consentimento verbal
- Solicitar VDRL e teste rápido de HIV para todas as parturientes admitidas.
- Solicitar tipagem sanguínea (ABO + Fator Rh) para as que não o fizeram no pré-natal
- Propiciar-lhe um ambiente acolhedor
- A gestante tem o direito de escolher o acompanhante
- Internar gestantes em trabalho de parto efetivo ou consistente, evitando assim a fase latente do parto o que incorreria em uma falsa sensação de internação prolongada.
- Evitar o uso de rotinas como a tricotomia, enteroclima e o jejum.

INICIATIVAS DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL:

Segundo as evidências científicas, o tipo de parto apresenta uma relação direta com as taxas de morbi-mortalidade maternas. A adoção de medidas que incentivem o parto normal, propiciando a participação ativa da parturiente e de sua família, tornando o parto um evento fisiológico e menos medicalizado possível, contribuirá para a redução das taxas de cesárea. Portanto, as indicações de um parto cirúrgico devem ser pautadas por critérios estritamente clínicos e obstétricos.

Nos hospitais estaduais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde -O.S.S., a experiência de implementação de processos e iniciativas (indicadores) de qualidade levou à redução de taxas de cesáreas em 13 hospitais gerenciados sob aquele modelo de gestão (Wladimir Taborda, Luiza La Porte, Maria Luisa Marchi, Catarina Berges – GCSS/SES).

Com o objetivo de diminuirmos as taxas de cesárea nas maternidades da “Rede de Proteção à Mãe Paulistana” e conseqüentemente reduzirmos as complicações maternas e infantis, propomos medidas que levam à melhoria de qualidade na assistência.

Assim, propomos que a taxa global de cesárea não ultrapasse 25% do total de partos ou que a taxa de cesárea em primíparas (porcentagem de cesáreas no total de primíparas que deram à luz no serviço em determinado período de tempo), também não ultrapasse 25%, garantindo uma taxa de cesárea dentro de parâmetros razoáveis.

No Primeiro período do parto (Dilatação)

Abrir Partograma para todas as gestantes em trabalho de parto.

No início da fase ativa incentivar:

- Movimento e mudança de posição materna
- Aromaterapia, música, toque e massagem.

Na fase ativa instalada promover medidas para o alívio da dor:

a) não farmacológicas

- Calor superficial, compressas.
- Imersão em água ou Banho de aspersão
- Massagem
- Acupuntura
- Estimulo transcutâneo
- Mudança de posição

b) métodos farmacológicos sistêmicos

- Meperidina, por exemplo.

c) raquianestesia ou peridural

d) bloqueio combinado raqui-peridural

O uso excessivo de ocitocina em primíparas também acaba levando a distócias e conseqüentemente ao aumento nas taxas de cesárea. Propomos que o uso de ocitocina fique restrito aos casos em que o partograma indique a necessidade de seu uso ou nos casos indicados de indução do parto (ver capítulo correspondente de indução do parto).

A presença de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto também propicia um ambiente favorável ao parto normal.

Outra iniciativa que pode contribuir para a redução das taxas de cesárea é a segunda opinião nos casos de cesárea indicada por um dos obstetras plantonistas.

No Segundo período do parto (Expulsão)

Evitar:

- Transferência de sala
- Posição de litotomia de rotina
- Puxos prolongados e dirigidos
- Toques vaginais freqüentes
- Manobra de Kristeller
- Episiotomia de rotina
- Sugerir outras posições: lateral, de cócoras, apoio sobre os membros
- Assistir ao período expulsivo de maneira calma e tranquila, respeitando o processo fisiológico do parto, sem estimular os puxos maternos, acompanhando os Batimentos Cardio Fetais e evitar a episiotomia de rotina.

No Terceiro Período do Parto (Dequitação):

Uso profilático de ocitócicos após o nascimento: Ocitocina 10 UI I.M.

Manejo ativo do terceiro período:

- Tração controlada do cordão umbilical
- Revisão da placenta e anexos.
- Práticas que são úteis e devem ser encorajadas:
- Contato pele-a-pele precoce e início precoce da amamentação
- Alojamento conjunto
- Amamentação em livre demanda

Alta pós-parto do serviço de saúde:

O Comitê Municipal de Mortalidade Materna detectou, no período compreendido entre 2.002 e 2.006 que em 40 % dos casos de infecção puerperal, o parto tinha ocorrido pela via vaginal. Em virtude deste índice elevado, além dos cuidados de assepsia e anti-sepsia durante a assistência ao parto, a alta da mãe deve ocorrer somente após 48 horas, período necessário para que se possam observar os sinais e sintomas de possível infecção e iniciar-se imediatamente a antibioticoterapia.

PROFILAXIA DA INFECÇÃO NEONATAL POR ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO DO GRUPO B

Introdução:

O estreptococo do grupo B (EGB), ou *Streptococcus agalactiae*, é hoje considerado como agente causador de uma das mais graves infecções neonatais de início precoce, podendo manifestar-se como uma pneumonia, meningite, osteomielite e até septicemia, seguida de óbito neonatal em cerca de 25% dos casos. Ocasionalmente, pode produzir outras infecções humanas como do trato urinário, pneumonias, abscessos, endocardite, peritonites e osteoartrites.

Também está presente nos abortamentos sépticos, corioamnionite, endometrite e outras infecções perinatais, demonstrando ser o trato genital feminino um importante reservatório deste microorganismo.

Diante da gravidade desta infecção, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC), juntamente com a American Academy of Pediatrics (AAP) e o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACGO), estabeleceram, em 1996, um protocolo de prevenção desta infecção, cujas recomendações são baseadas em evidências e que foi atualizado em 2000.

Desta maneira, têm-se reduzido substancialmente as infecções neonatais causadas pelo EGB.

Incidência:

Segundo o CDC, aproximadamente, 10 a 30% das gestantes são colonizadas pelo EGB na vagina ou no reto. Geralmente são assintomáticas. Em 2 a 4% se manifesta como infecção do trato urinário na gestação. A transmissão mãe-feto esperada é de 0,6 a 4:1000 recém nascidos vivos quando não existem fatores de risco.

Quando estes estão presentes, como ruptura prematura das membranas ovulares, parto pré-termo, febre intraparto, infecção prévia por EGB ou infecção urinária na gestação, 40 a 50% dos recém-nascidos de mães contaminadas ficam colonizados pelo EGB. A sepse neonatal ocorre em apenas 1% dos casos colonizados.

Rastreamento:

O método de rastreamento é baseado na cultura de secreção vaginal e retal para EGB, entre a 35^o a 37^o semanas de gestação, para todas as gestantes.

Profilaxia:

Para prevenir a infecção neonatal por EGB, o método de escolha é a antibioticoprofilaxia intraparto, iniciando-se 4 horas antes do nascimento. A eficácia desta profilaxia, realizada no período intraparto, é estimada em torno de 25 a 30% dos casos, reduzindo a mortalidade em 10%. A utilização de antimicrobianos antes do trabalho de parto ou da ruptura prematura das membranas ovulares não se mostrou eficaz.

A colonização materna pode ser reduzida por este método, mas a chance de recidiva mostrou-se elevada. A única exceção para iniciar o tratamento durante a gestação é a infecção urinária por EGB.

Indicações de antibioticoprofilaxia intraparto:

- Realizar em todas as pacientes que tiverem cultura de secreção vaginal positiva para EGB (evidência científica Categoria A).
- Pacientes com EGB isolados na urina em qualquer concentração, durante o decorrer da gestação, e que evoluíram assintomáticas.
- Antecedente de recém nascido acometido por doença causada pelo EGB em parto prévio, mesmo com cultura de secreção vaginal negativa para EGB.

Casos em que o resultado da cultura não é conhecido ou esta não foi realizada, recomenda-se antibioticoprofilaxia quando existir algum dos fatores de risco abaixo:

- Trabalho de parto em gestação com menos de 37 semanas.
- Ruptura das membranas ovulares há 18 horas ou mais.
- Temperatura materna intraparto maior ou igual a 38^o C.
- Óbito neonatal anterior por sepsis ou hipertensão pulmonar nas primeiras 48 horas.

- Cultura para EGB positiva
- RN prévio infectado pelo EGB
- Bacteriúria por EGB nesta gestação
- Parto com IG < 37 semanas
- Bolsa rota há mais de 18 horas
- Temperatura intraparto acima de 38 graus
- Óbito neonatal anterior por sepsis ou hipertensão pulmonar nas 1^{as} 48 horas

SIM

Realizar
Antibiótico
-Profilaxia

Antibiótico-profilaxia

Recomenda-se o uso da ampicilina na dose de 2,0 gramas endovenoso como dose de ataque seguida de 1,0 grama endovenoso a cada 4 horas (evidência científica Categoria A).

Como alternativa pode ser usada a penicilina G 5 milhões UI endovenosa como dose de ataque, seguida de 2.500.000 UI endovenosa de 4 em 4 horas.

No caso de pacientes alérgicas a penicilina deve-se usar eritromicina ou clindamicina, dependendo da sensibilidade do EGB na cultura, pois a relatos de resistência desta bactéria a estes antimicrobianos.

O uso de vancomicina está reservado as pacientes alérgicas a penicilina e cuja cultura mostrou resistência a eritromicina e a clindamicina.

O parto cesáreo não previne a transmissão materno fetal do EGB em pacientes colonizadas, já que a bactéria pode penetrar através das membranas integras.

Antibiótico-profilaxia

Ampicilina: 2g ev dose de ataque / 1g ev de 4 em 4 horas até o parto

Penicilina G: 5.000.000UI ev dose de ataque / 2.500.000 ev de 4 em 4 horas até o parto

Alérgicas

Eritromicina: 500mg ev de 6 em 6 horas

Clindamicina: 900mg ev de 8 em 8 horas

EGB
Resistente

Vancomicina: 1g ev de 12 em 12 horas

Saúde Bucal

Os cuidados para com a saúde bucal devem ser iniciados tão logo se inicie o pré-natal; contribuirão para a saúde geral da gestante e para prevenir problemas buco-dentais nos bebês.

1. ALTERAÇÕES BUCAIS NA GRAVIDEZ

No início da gravidez, em consequência da flutuação no nível dos hormônios circulantes, tanto do estrogênio quanto da progesterona, ocorre um incremento da microbiota bucal, particularmente de bactérias acidogênicas como os *Streptococcus* sp com conseqüente queda do pH da cavidade bucal.

Essa acidificação do meio bucal, associada à constantes desafios cariogênicos, provocados pelo elevada freqüência no consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono e a um controle inadequado do biofilme dentário, podem levar a instalação da cárie dentária; saliente-se, todavia, que durante a gravidez não há perda de cálcio dos dentes.

Náuseas, vômitos e o aumento da viscosidade da saliva colaboram com uma certa negligência do controle de biofilme. Vômitos repetidos, devido ao refluxo gástrico matinal, podem levar à erosão dos dentes.

Lembrar que a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa e transmissível, cujos fatores contribuintes incluem a presença de bactérias acidogênicas e que a primeira janela de infectividade da cárie dentária, na criança, ocorre com o início da erupção dos dentes, em decorrência do contato íntimo entre a mãe - ou outro cuidador, por hábitos como beijo na boca, uso comum de talheres, escovas dentais e outros objetos. O risco à cárie dentária é reduzido mediante a exposição freqüente a baixos níveis de flúor (água de abastecimento público, cremes dentais), mediante dieta equilibrada e o rompimento do biofilme bucal durante a escovação.

Relata-se que a xerostomia é crescente entre as gestantes (44% das gestantes); por outro lado a sialorréia pode se manifestar durante a segunda e terceira semanas após a fecundação, podendo se manter durante os três primeiros meses.

A velocidade na formação, acúmulo e maturação do biofilme dental - favorecido pelo incremento dos níveis hormonais - pode desencadear um processo inflamatório crônico na margem gengival, a *gingivite gravídica*, que ocorre em cerca de 30% a 75% das grávidas. Clinicamente, são caracterizadas por eritema; edema; hiperplasia; aumento do sangramento gengival. A região anterior e interproximal dos dentes são as mais afetadas, principalmente em respiradores bucais ou em portadores de rinite alérgica ou desvios septais.

Alterações periodontais podem ocorrer e as já instaladas podem ser exacerbadas, levando a um surto de progressão das doenças periodontais, com destruição ligamentar e óssea (perda de inserção) levando à mobilidade dental.

Evidentemente esses quadros só se instalam e se agravam quando não há um eficiente controle mecânico do biofilme dentário, com escova, creme dental fluoretado, fio ou fita dental.

Tumor da gravidez ou *éupulis* pode ocorrer em algumas mulheres grávidas (0.2 a 9.6%); é uma lesão séssil ou pediculada, granulomatosa, localizada na gengiva inserida, mais freqüentemente na papila interdental, aparecendo mais comumente entre o segundo e terceiro meses de gestação. De crescimento rápido, às vezes, apresenta ulcerações de cor eritematosa ou cianótica. Histologicamente trata-se de um granuloma, que no período gestacional denomina-se granuloma gravídico ou granuloma piogênico Essa lesão habitualmente regride após o parto.

Em mulheres mais vulneráveis, de maior risco para as doenças periodontais destrutivas (periodontites), quais sejam, aquelas com diabetes gestacional ou crônica, imunodeprimidas por doenças sistêmicas ou por uso de medicamentos imunossupressores, portadoras de alto risco para cárie dentária, que usam próteses parciais fixas ou removíveis, com baixo controle de biofilme ou com história pregressa de doenças periodontais, pode-se recorrer à associação de controle químico de biofilme, fazendo uso colutório de solução de gluconato de clorexedine 0,12%, por no máximo 20 dias consecutivos, somente durante o período de agudização dos processos.

Atenção: com base na teoria da infecção focal e a partir de alguns estudos epidemiológicos, tem se afirmado que a doença periodontal não tratada pode gerar problemas para a saúde geral, elevando o risco de parto prematuro e também gestação de bebês com baixo peso corporal. A doença periodontal tem sido relacionada também como fator de risco para doenças cardíacas e renais.

Lembretes importantes

- não administrar vitaminas ou medicamentos que contenham flúor! A água de abastecimento público da cidade de São Paulo é fluoretada.
- O aleitamento materno é muito importante para o crescimento e desenvolvimento orofacial da criança. Após o desmame, é necessário que a alimentação se dê pela ingestão de alimentos consistentes e fibrosos, para que a mastigação seja vigorosa o suficiente, estimulando um padrão adequado de crescimento e desenvolvimento das arcadas dentárias e ossos da face. Para alimentos líquidos utilizar copo e canudo.
- Toda gestante deve ser informada, pois, que os benefícios do aleitamento materno incluem também a prevenção de problemas nas arcadas dentárias e posicionamento dos dentes da criança! Deve ser orientada a não utilizar chupetas, mamadeiras e quanto aos alimentos adequados após o desmame!

2. ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A atenção em saúde bucal envolverá duas estratégias básicas, conforme as Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal, a saber:

- Ações coletivas na comunidade e em grupos na unidade de saúde (ações de educação em saúde e prevenção)
- Ações individuais: prevenção e tratamento odontológico.

Ações coletivas de saúde

Toda gestante deve ser orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto é fundamental a interação da equipe

de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade e agentes comunitários de saúde. Os grupos na comunidade também deverão ser fonte de captação das gestantes.

Quando da inscrição da gestante no programa Mãe Paulistana a mesma deverá ser inscrita num grupo específico para receber orientações de educação em saúde bucal. Neste grupo, além das orientações, as gestantes deverão passar por triagem de acordo as Diretrizes “Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal”, devendo ser classificadas quanto ao risco às doenças bucais e agendadas para tratamento odontológico se necessário.

O agendamento para a saúde bucal deverá ser feito preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal. Da mesma forma, a primeira consulta do bebê poderá ser agendada na saúde bucal no mesmo dia da consulta de puerpério da gestante.

Os grupos de ações educativas, para ser mais efetivos, deverão ter até 12 pessoas. Propõe-se no mínimo **um ciclo de três grupos** ao longo do pré-natal e puerpério (preferencialmente grupos de 1.º, 2.º e 3.º trimestre de gestação), nos quais deverão ser abordados os cuidados pessoais com relação a higienização, orientação de dieta, preparo do peito para a amamentação, aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento orofacial, dentição decídua, transmissibilidade da cárie dentária, dentre outros temas. Esses grupos podem ser realizados por pessoal auxiliar (ACD e THD – onde houver) e por outros membros da equipe interdisciplinar, previamente capacitados, ficando o cirurgião-dentista responsável pelo rastreamento e reforço de algumas informações! Na ausência de equipe, o cirurgião-dentista será o único responsável por essas ações!

Ações individuais – prevenção e tratamento odontológico.

O tratamento odontológico pode e deve ser realizado durante a gestação. A avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação quanto ao risco às doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e lesões dos tecidos moles), a adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários e realização de tratamento restaurador atraumático,

raspagem e alisamento corono-radicular deverão ser realizados imediatamente, podendo-se postergar as restaurações convencionais e procedimentos eletivos.

· No que diz respeito a tomadas radiográficas, estudos clínicos experimentais mostram que a dose de absorção de radiação necessária para indução de defeitos congênitos macroscópicos ou retardo do crescimento fetal é de 0,1gray. A dose de radiação absorvida numa tomada radiográfica é de 0,00077gray. Portanto tomadas radiográficas em gestantes são perfeitamente factíveis não deixando de se observar os princípios de proteção da pessoa contra radiação odontológica. Vale lembrar que as tomadas radiográficas odontológicas são realizadas na região da face e não do abdômen, o que diminui ainda mais o risco de exposição do feto.

· Não existe risco para o uso de anestésico local em gestantes; a prevalência de complicações é a mesma na população gestante e não gestante. Desde que o cirurgião-dentista tenha um conhecimento mínimo da fisiologia materna (não colocar a paciente por muito tempo em decúbito dorsal, principalmente em pacientes de gestação mais avançada provocando queda brusca de pressão por compressão da veia cava), o atendimento poderá ser realizado com segurança.

· Os anestésicos locais devem proporcionar melhor anestesia à gestante, devendo-se observar a presença de vasoconstritor e a toxicidade do sal anestésico, que é inversamente proporcional à sua capacidade de ligação plasmática, isto é, quanto maior sua capacidade de ligação plasmática, menor sua capacidade de atravessar a placenta. O anestésico disponível na rede municipal de saúde é perfeitamente seguro, observando-se a dose máxima recomendada para gestantes (em torno de dois tubetes).

Organização

Coordenação de Desenvolvimento de Políticas e Programas de Saúde
Área Técnica de Saúde Bucal
Maria da Candelária Soares – Coordenadora;
Doralice Severo da Cruz
Regina Auxiliadora Amorim Marques

Bibliografia:

- 1- Allen UD, Navas L, King SM. Effectiveness of intrapartum penicillin prophylaxis in preventing early-onset group B streptococcal infection: results of a meta-analysis. *Can Med Assoc J*, 149: 1659-1665, 1993.
- 2- Brian M. Mercer,MD. Preterm premature rupture of the membranes:diagnosis and management. in *Clinics in Perinatology* 31 (2004) 765 – 782. Elsevier Saunders, Department of Reproductive Biology, Case Western Reserve University, Cleveland,OH, USA– 2004.
- 3- Centers for Disease Control (CDC). Early onset group B streptococcal disease, United States,1998-1999. *MMWR*, 49:793-6, 2000.
- 4- Cremonesi, Ginalda.Amniorrexe Prematura. in Rotinas Diretoria Clínica Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mario Degni, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SP. 2.004(mimeografado).
- 5- Crowther, Caroline; Duley, Leila; Enkin, Murray; Hodnett, Ellen; Hofmeyr, Justus; Keirse, MarcJ.N.C e Neilson, James). in Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª Edição. Editora Guanabara Koogan, São Paulo – SP 2.000.
- 6- Febrasgo- Ministério da Saúde.in Urgências e Emergências Maternas Brasil,2ª edição,2000.
- 7- Luciana A. V. Taliberti e Fabiane Sabbag Corrêa. Prevenção da infecção neonatal pelo estreptococo do grupo B. Protocolo de Obstetrícia do Hospital São Luiz.
- 8- Martins-Costa SH, Hammes LS, Ramos JG, Arkader J, Corrêa MD, Camano,L in Projeto Diretrizes (AMB e CFM) – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia –Agosto de 2.002.Ministério da Saúde - Febrasgo – Abenfo. in Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher, Brasil, 2.003.
- 9- Ministério da Saúde - Febrasgo – Abenfo. in Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher, Brasil, 2.003.

10- Munhoz, Wirley. Ruptura prematura das membranas.Sass,Prof. Dr. Nelson(Org). in Protocolo de Condutas em Obstetrícia, Maternidade-Escola de V.N. Cachoeirinha,Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SP. 2.002(mimeografado).

11- Silva, Mauro Bellece; Sá, Renato Augusto e Lopes, Laudelino Marques.in Indução do trabalho de parto baseada em evidências científicas. CPDT – Centro Pré-natal de Diagnóstico e Tratamento – www.cpdtd.com.br

12- Smaill F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal disease. In:Cochrane database of systematic reviews, issue 4.Oxford: Update Software, 2000.

13- Martins-Costa SH, Hammes LS, Ramos JG, Arkader J, Corrêa MD, Camano,L . in Projeto Diretrizes (AMB e CFM) – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – Agosto de 2.002.Ministério da Saúde - Febrasgo – Abenfo. in Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher, Brasil, 2.003.

14- Ministério da Saúde do Brasil. Manual de controle das DST. Coordenação Nacional de DST/AIDS, Brasília, 1999. p. 50-54.

15- Ministério da Saúde do Brasil. Recomendações: Terapia Anti-Retroviral - Adultos e Adolescentes; Crianças; Gestantes; Co-Infecção Hepatites Virais/HIV, Brasília, 2002/2003.

16- Ministério da Saúde do Brasil. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília, Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1993.

17- Ministério da Saúde - Febrasgo – Abenfo. in Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher, Brasil, 2.003.

18- Munhoz, Wirley. Ruptura prematura das membranas.Sass,Prof. Dr. Nelson(Org). in Protocolo de Condutas em Obstetrícia, Maternidade-Escola de V.N. Cachoeirinha,Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SP. 2.002(mimeografado).

19- Silva, Mauro Bellece; Sá, Renato Augusto e Lopes, Laudelino Marques.in Indução do trabalho de parto baseada em evidências científicas. CPDT – Centro Pré-natal de Diagnóstico e Tratamento – www.cpdtd.com.br

20- Smaill F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal disease. In:Cochrane database of systematic reviews, issue 4.Oxford: Update Software, 2000.

21- Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Manual de Vigilância Epidemiológica. Sífilis Congênita. CVE – Centro de Vigilância epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac, Programa Estadual DST-SP, São Paulo, 1988.

22- Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Revisão do Manual de Vigilância Epidemiológica. Sífilis Congênita. CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac, Programa Estadual DST-SP. São Paulo, 2000.

23- Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Sífilis Congênita - Nova definição de caso. CVE – Centro de Vigilância epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac, Programa Estadual DST-SP . São Paulo, Boletim Epidemiológico.Ano VI - nº1, 2004.

24- Secretaria Municipal de Saúde. Portaria 2.703/03 -SMS.G-D.O.M. 20/12/2003

25- Secretaria Municipal de Saúde, SP. Portaria 1203/06 – SMS.G D.ºM. 02/08/06.

26- Secretaria Municipal de Saúde, SP. Boletim Epidemiológico de AIDS/DST e Hepatites B e C do município de São Paulo. Abril,2.007.

27- SINAN W 5.0. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Controle de Doenças, COVISA, São Paulo, junho, 2005.

28- Southwick, KL; Blanco, S; Santander, A.; Estenssoro, M.; Tónico, F; Seoane, G; Brady, W; Fears, M; Lewis, J; Pope, V; Guarner, J; Levine, W. Maternal and congenital syphilis in Bolivia, 1996: prevalence and risk factors. Bull World Health Org 79: 33-42, 2001.

29- Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis in Latin America: big problem, simple solution. Rev Panam Salud Publica. 16: 211-7, 2004.

30- World Health Organization. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities. Geneva, 2003.

31- World Health Organization. Reproductive Tract Infections & Sexually Transmitted Infection / AIDS. Eliminating congenital syphilis. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. Geneva, 2004.

32- Fundação Zerbini – PSF. Projeto de Atenção materno-infantil. São Paulo, 2001.

PSF Santa Marcelina. Diretrizes Gerais. São Paulo, 1999.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária. São Paulo, 2000. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002. São Paulo, 2002.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Cadernos de Saúde Bucal. São Paulo, 2004.

[tp://www.saude.sp.gov.br/ftpseesp/novo_site/bucal/bucal_protocolo.doc](http://www.saude.sp.gov.br/ftpseesp/novo_site/bucal/bucal_protocolo.doc)

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Protocolo de Atenção à Saúde Bucal. Curitiba, 2004. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo, 2005.

www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/bucal

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Documento norteador. Compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo, 2005. Slayto, R. Promoção da saúde bucal em crianças e adolescentes – in Smiles, 2007; 2:50-55.

Vinha, V. H. P. - O livro da amamentação. CLR Balieiro, 1999.