

REPERCUSSÕES DAS INFECÇÕES MATERNAS DURANTE A GESTAÇÃO NA SAÚDE PERINATAL: ASPECTOS PREVENTIVOS E EDUCATIVOS

Pamela Vicente Nakazone

Novembro
2019

Temática da Aula

- Infecções perinatais: agravos na gestação, parto e pós-parto
- Atenção integral à saúde materno-infantil
- Práticas recomendadas no pré-natal, parto e nascimento
- Promoção à saúde e prevenção primária
- Educação em saúde

Objetivos da aula

- ❑ Introduzir e contextualizar o tema
- ❑ Apresentar os tipos e vias de transmissão das infecções perinatais
- ❑ Destacar as principais infecções perinatais
- ❑ Apresentar as complicações na saúde materno-infantil
- ❑ Introduzir os manuais e diretrizes para a prática
- ❑ Discutir as práticas de prevenção e educação em saúde

AS INFECÇÕES PERINATAIS

Introdução

- As infecções perinatais correspondem a 10% da incidência mundial de mortes maternas
- Maior parte das mortes registradas ocorrem em países em desenvolvimento
- Importante causa direta de morte materna em países desenvolvidos
- Evitável!

Introdução: Tipos de transmissão

□ Congênita ou Intraútero

Durante a gestação

□ Periparto ou perinatal

No momento do parto (ruptura prolongada das membranas, toques vaginais repetitivos, remoção manual da placenta, cesárea)

□ Pós-natal

Amamentação

(OMS, 2015)

(CLAP/SMR; OPAS/OMS, 2010)

Introdução

- As infecções maternas se transmitem ao embrião e ao feto por vias:
 - Ascendente (da parte superior da vagina através do colo do útero e líquido amniótico)
 - Hematogênica, como consequência de uma viremia, bacteremia ou parasitemia materna

Vias de transmissão

□ Ascendente

- infecção do cordão umbilical
- alterações do tipo inflamatório no âmnio e cório (corioamnionite)
- ruptura prematura de membranas e um parto prematuro
- pneumonia fetal (à entrada de líquido amniótico nos pulmões)

□ Hematogênica/transplacentária

- placenta é afetada com comprometimento da decídua e das vilosidades coriônicas

Vias de transmissão

- A transmissão da infecção durante a gestação pode variar de acordo com o agente infeccioso, IG e estado imunitário da mulher
- Infecções primárias são mais prejudiciais que as reinfecções ou as reativações de uma infecção
→ sequelas mais graves quanto mais precoce for o momento da infecção

MEDIDAS PREVENTIVAS GERAIS

Prevenção

- ❑ Rastreamento sistemático: o rastreamento pré-concepcional, pré-natal e neonatal, quando está disponível → fundamental para o diagnóstico e tratamento precoces
- ❑ Imunização no período pré-concepcional: imunidade materna é transmitida de forma passiva para o feto quando a mãe possui os anticorpos para um agente infeccioso. As mulheres devem ser vacinadas somente quando: É provável que ela não cause dano, o risco de exposição é alto e a infecção oferece um risco significativo para a mãe e/ou feto/recém-nascido (Influenza, Difteria, Tétano e Hepatite B)

Prevenção

□ Educação

- prevenção da infecção materna primária, pela modificação de hábitos que favorecem contato com os agentes de doenças contagiosas
- educar as mães sobre medidas de rastreamento pré-concepcional/ pré-natal e sobre estratégias de prevenção

As estratégias para reduzir infecções perinatais e suas complicações a médio e longo prazo devem ser focadas principalmente nas **medidas preventivas**

PRINCIPAIS INFECÇÕES PERINATAIS

Principais infecções perinatais

- Sífilis*
- HIV*
- Malária
- Doença de Chagas
- Rubéola
- Toxoplasmose*
- Hepatites B*
- Hepatite C
- EGB*
- Varicela zoster
- Herpes*
- Gonorréia*
- Clamídia*
- Citomegalovírus
- Parvovírus
- Listeria
- Bacteriúria*

(CLAP/SMR; OPAS/OMS, 2010)

Nome da doença/Infecção

- Via de transmissão
- Impacto
- Rastreamento
- Tratamento
- Prevenção*

Sífilis

□ Congênita* ou periparto

- 330 000 mulheres grávidas nos países da América Latina e Caribe com resultados positivos para sífilis não são tratadas no período pré-natal

□ Impactos no RN

	Adquirida durante os 12 meses	Adquirida há mais de um ano
Recém nascido saudável	20-60%	70%
Natimorto	16%	10%
Morte neonatal	4%	1%
Parto prematuro	20%	9%
Sífilis congênita	40%	10%

□ Rastreamento: Sorologia para Sífilis e TR

Sífilis

- Tratamento: rápido, simples e eficaz

Esquemas recomendados

Penicilina G cristalina aquosa 100,000–150,000 unidades/kg/dia, administradas em doses de 50 000 unidades/kg/dose iv, a cada 12 horas durante 7 dias e a cada 8 horas até completar 10 dias de tratamento

Ou

Penicilina G procaína G 50,000 unidades/kg/dose IM em dose única diária durante 10 dias

- Rastreamento, tratamento e seguimento de RN com mães acometidas
- Prevenção: incentivar tratamento da parceria sexual, orientar como ocorre o contágio, hábitos e práticas saudáveis

HIV

- ❑ Congênita, periparto* e pós-natal**
- ❑ Pandemia que afeta mais de 2,5 milhões de crianças em todo o mundo
- ❑ Rastreamento: sorologia e TR
- ❑ Prevenção e tratamento: práticas de saúde adequadas, manejo do HIV materno e prevenção perinatal da transmissão vertical, orientar sobre via de parto e amamentação

HIV

Quadro 4: Tratamento segundo as condições no primeiro contato com uma gestante ou criança considerando um tratamento anterior com anti-retrovirais		
Tratamento anterior com anti-retroviral		Recomendações de tratamento
Mãe	Na primeira visita pré-natal	Sem tratamento anterior <ul style="list-style-type: none"> o Considerar a possibilidade de adiar o começo do tratamento para depois da 10^a-12^a semanas de gravidez. o Iniciar a profilaxia de 3 fases com AZT depois do primeiro trimestre o Agregar outro anti-retroviral se o ARN do HIV for maior a 1,000 cópias/mL
		Em tratamento <ul style="list-style-type: none"> o Continuar com o tratamento o Se for possível, deve-se incluir o AZT depois do primeiro trimestre
	Durante o trabalho de parto	Sem tratamento anterior <ul style="list-style-type: none"> o AZT intravenoso intraparto seguido por seis semanas de AZT para o recém-nascido (recomendação padrão) o Determinação pós-parto da contagem de CD4+ e do número de cópias de ARN HIV e avaliação do tratamento
Recém-nascido	No nascimento	Sem tratamento pré-natal ou intra-parto <ul style="list-style-type: none"> o Iniciar o tratamento com AZT o mais rápido possível depois do parto – preferentemente nas primeiras 6-12 horas de vida e continuar durante as 6 semanas seguintes o Determinação pós-parto da contagem de CD4+ e do número de cópias de ARN HIV e avaliação do tratamento

(CLAP/SMR; OPAS/OMS, 2010)

Hepatite B

- ❑ Congênita, periparto* e pós-natal
- ❑ Infecção crônica, morte
- ❑ Rastreamento: HbsAg
- ❑ Tratamento: Não há tratamento específico para pessoas com hepatite B aguda. O tratamento da hepatite B crônica com drogas antivirais limita a replicação do VHB e pode causar a remissão da doença hepática em algumas pessoas
- ❑ Prevenção: imunização (adultos e bebês), imunoglobulina, práticas de saúde adequadas

Toxoplasmose

- ❑ Congênita
- ❑ Infecção precoce: possibilidade de contágio de 9 a 27% de aborto espontâneo e OFIU
- ❑ Infecção tardia: possibilidade de infecção do feto de 60%, com poucas consequências para o feto
- ❑ RN: hidrocefalia, microcefalia, calcificação difusa intracraniana, coriorretinite, estrabismo, cegueira, epilepsia, retardo mental ou psicomotor, petéquias, anemia

Toxoplasmose

▣ Rastreamento

Quadro 12: Detecção direta ou indireta de toxoplasmose

	Anti corpo	Teste para rastreamento	Gravidez	Recém-nascido
Detecção indireta/sorologia	IgG	+	+ (identificação de mulheres com risco e com proteção) - (mulheres com risco de contágio)	+ (anticorpos maternos podem permanecer até os 12 meses de idade)
	IgG avidéz	—	+ (Teste de avidéz alto descarta contágio nos últimos 3–4 meses)	—
	IgM	Pode ser usada no rastreamento neonatal	+ (anticorpos anti-IgM permanecem por períodos prolongados, resultado negativo descarta infecção durante o primeiro e segundo trimestres)	+ (ISAGA maior sensibilidade que EIA; diferenciação de IgG materna e fetal pelo teste Western blot)
	IgA	Pode ser usada no rastreamento neonatal	+ (anticorpos anti-IgA podem permanecer por períodos prolongados de tempo)	+ (maior sensibilidade quando comparado com testes para IgM)
Detecção direta	PCR	—	+ (líquido amniótico)	+ (sangue, urina)

(CLAP/SMR; OPAS/OMS, 2010)

Toxoplasmose

□ Tratamento

Quadro 13: Tratamento da Toxoplasmose

	Droga	Dose	Duração
Toxoplasmose aguda em gestantes	Espiramicina	3 g/dia em três doses	Até o parto ou até confirmar infecção fetal
Infecção fetal confirmada (depois da 18ª semana de gestação)	Pirimetamina	Dose de carga: 100 mg /dia em 2 doses durante 2 dias, seguida de 50 mg /dia	Até o parto
	<i>mais</i> <i>Sulfadiazina</i>	Dose de carga: 75 mg/kg /dia em 2 doses (max 4 g /dia) durante 2 dias, seguida de 100 mg/kg /dia em duas doses (max 4 g /dia)	Até o parto
	<i>mais</i> <i>Leucovorina (ácido folínico)</i>	5–20 mg /dia	Durante e por 1 semana depois do tratamento com Pirimetamina
Toxoplasmose congênita no recém-nascido	Pirimetamina	Dose de carga 2 mg/kg /dia durante 2 dias, seguida de 1 mg/kg /dia durante 2–6 meses, continuar com a mesma dose 3 vezes por semana	1 ano
	<i>mais</i> <i>Sulfadiazin</i>	100 mg/kg /dia em 2 doses	1 ano
	<i>mais</i> <i>Leucovorina</i>	10 mg 3 vezes por semana	Durante e por 1 semana depois do tratamento com Pirimetamina
	Corticosteroides (<i>prednisona</i>)	1 mg/kg /dia em duas doses	Até o desaparecimento de sinais e sintomas

(CLAP/SMR; OPAS/OMS, 2010)

Toxoplasmose

□ Prevenção:

- Evitar o consumo de carne crua ou mal cozida
- Cozinhar a carne até que não esteja mais rosada
- Lavar bem as mãos depois de manipular carne crua
- Lavar bem todos os utensílios que tiveram contato com a carne crua
- Lavar bem todos os vegetais crus
- Usar luvas quando estiver manipulando terra
- Lavar bem as mãos antes de comer e depois de contato com carne crua, terra ou areia
- Evitar contato com excrementos de gatos, ou usar luvas quando limpar sua bandeja sanitária e lavar bem as mãos imediatamente depois
- Evitar água que não esteja filtrada

Herpes

- ❑ Congênita, periparto*
- ❑ 1º trimestre: associada a um aumento do risco de aborto precoce
- ❑ Transmissão 30- 50% quando o contágio foi próximo ao período do parto e <1% nas mulheres que se contagiaram na primeira metade da gravidez ou com antecedentes herpes genital recorrente a termo
- ❑ RN: Síndrome neonatal por HSV disseminada ou encefalite: podem ser fatais ou produzir sequelas permanentes

Herpes

□ Investigação, tratamento e aconselhamento

- Gestantes e mulheres em idade reprodutiva portadoras de herpes genital devem informar às pessoas que as atendem e às que atendem a seus recém-nascidos sobre sua condição
- Devem estar atentas a possibilidade de recorrências, transmissão por via sexual quando houver lesões, riscos de contágio nas relações sexuais

- ## □ Prevenção: Orientações, hábitos sexuais saudáveis. Deve-se considerar a cesariana somente se as lesões genitais que não podem ser isoladas estiverem presentes no momento do parto
- ➔ cesárea não elimina completamente o risco de transmissão

Gonorréia

- ❑ Periparto
- ❑ Mulher: DIP, infertilidade
- ❑ RN: oftalmia neonatal e a sepse, com artrite e meningite
- ❑ Detecção: exame especular, swab
- ❑ Tratamento: Ceftriaxona 125 mg IM: dose única
- ❑ Prevenção: uso de preservativo e profilaxia neonatal com Nitrato de prata 1% solução ou Eritromicina (0.5%) pomada oftálmica ou Tetraciclina pomada oftálmica (1%)

Clamídia

- Periparto
- Fator de atenção: Aproximadamente 90% das mulheres infectadas
- Mulher: DIP, gravidez ectópica, dor pélvica crônica e infertilidade
- Crianças nascidas de mães com infecção por clamídia:
 - 50% conjuntivite 1 ou 2 semanas depois do nascimento
 - 20% pneumonia depois de 1 a 3 meses

Clamídia

- Diagnóstico: exame físico, especular e laboratorial (swab)
 - cervicite por clamídia é frequentemente assintomática, mas algumas mulheres têm corrimento vaginal anormal ou sangramento entre os períodos menstruais. Comum linfadenopatias inguinal unilateral
- Tratamento deve ser realizado somente se:
 - Idade < 26 anos
 - Parceiro sexual novo ou vários parceiros
 - Sexo sem proteção
 - Indisponibilidade de testes de amplificação

Clamídia

□ Tratamento

Esquemas recomendados de tratamento de infecção genital por *C. trachomatis*

Azitromicina

1 g por via oral em dose única

Ou

Amoxicilina

500 mg por via oral, 3 vezes ao dia durante 7 dias

Esquemas alternativos

Eritromicina Base 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 7 dias

OU

Eritromicina Base 250 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 14 dias

OU

Eritromicina (etilsuccinato) 800 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 7 dias

OU

Etilsuccinato de eritromicina 400 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 14 dias

□ Prevenção: diagnóstico e tratamento pré-natal

□ Profilaxia neonatal: Eritromicina (0.5%) pomada oftálmica uma única aplicação ou Tetraciclina (1%) pomada oftálmica uma única aplicação

Estreptococo do Grupo B

- ❑ Congênita, periparto*
- ❑ Bactéria gram-positiva encapsulada que vive no sistema gastrointestinal e geniturinário → maioria não apresenta sintomas associados à colonização do trato genital
- ❑ RN: Sequelas permanentes como convulsões ou distúrbios de linguagem, audição ou visão
- ❑ Rastreamento e profilaxia intraparto
 - Idade gestacional 18 horas < 37 sem
 - Temperatura no parto >38°C
 - Parto anterior de bebê com doença por SGB invasora
 - Bacteriúria por SGB durante a gestação



Antibióticos intraparto para mães colonizadas por *Streptococcus* B.

Publicada:

10 Junho 2014

Homens, mulheres e crianças de todas as idades podem ser colonizados por bactérias do tipo *Streptococcus* do grupo B (EGB), sem que isso cause qualquer sintoma. Os EGB geralmente vivem no trato gastrointestinal, vagina e uretra. Isso ocorre tanto nas pessoas que moram nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos. Cerca de 1 em cada 2.000 recém-nascidos terá uma

Autores:

Ohlsson A, Shah VS



Quem está falando sobre esse artigo?

A revisão identificou 4 ensaios clínicos randomizados envolvendo 852 mulheres em trabalho de parto com exames positivos para EGB. Três estudos, feitos há mais de 20 anos atrás, compararam ampicilina ou penicilina versus não dar nenhum tratamento. O estudo mostrou que o uso dos antibióticos reduziu a incidência das infecções nos bebês, mas não conseguiu diminuir a mortalidade (por infecções ou qualquer outras causa). Essas evidências são de estudos bem antigos e os estudos tinham problemas metodológicos. **Ou seja, apesar de essa prática ser bastante rotineira, falta evidência proveniente de estudos bem desenhados e conduzidos, para recomendar o uso de antibiótico intraparto de rotina para todas gestantes portadoras dessa bactéria.**

Bacteriúria assintomática / ITU

- Intrauterina
- Risco aumentado na gestação
- Materna: bacteremia, endometrite, septicemia, choque, óbito
- RPMO-PT, prematuridade, RCIU, baixo peso, infecção fetal IU, sepse neonatal, óbito
- Rastreamento: queixas, exames laboratoriais (urina I e urocultura)

Bacteriúria, ITU

□ Tratamento

Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

Enfermeiro(a)/médico(a)

- Repetir urinocultura sete a dez dias após o término do tratamento.
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.
- Para orientações referentes à coleta da urinocultura (ver [Saiba Mais](#)).

- Prevenção: ingesta hídrica, evitar retenção de urina
- Não tratar leucocitúria! → Repetir exame, técnica correta

Cochrane Database of Systematic Reviews

Antibiotic prophylaxis during the second and third trimester to reduce adverse pregnancy outcomes and morbidity

Cochrane Systematic Review - Intervention | Version published: 20 June 2015 [see what's new](#)

New search

[View article information](#)[✉ Jadsada Thinkhamrop](#) | [G Justus Hofmeyr](#) | [Olalekan Adetoro](#) | [Pisake Lumbiganon](#) | [Erika Ota](#)[View authors' declarations of interest](#)

Só traz benefícios para mulheres que têm infecção na vagina na gestação atual e que tiveram parto prematuro anterior e não para todas as gestantes. Os oito estudos incluídos nesta revisão, com mais de 4 mil mulheres, mostram que os antibióticos **profiláticos não reduzem o risco de parto prematuro nem de endometrite** para todas as mulheres. Só as mulheres que tinham infecção vaginal comprovada por exames ou que tinham história de parto prematuro anterior se beneficiam do antibiótico preventivo. Além disso, dar antibióticos de forma preventiva para todas gestantes não muda o risco do bebê nascer pequeno ou de desenvolver infecção no berçário. **Não há, portanto, nenhuma justificativa para apoiar o uso de antibióticos de rotina para todas as gestantes.**



2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO CLÍNICO
E DIRETRIZES
TERAPÊUTICAS PARA
PREVENÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL
DE HIV, SÍFILIS E
HEPATITES VIRAIS

(BRASIL, 2017)

“Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”

Orientar o manejo das mulheres e suas parcerias sexuais quanto às infecções sexualmente transmissíveis (IST) de potencial transmissão vertical, tratando especialmente da **saúde sexual e reprodutiva** para a população vivendo com HIV e do uso de antirretrovirais e demais agentes anti-infecciosos para prevenção e tratamento das IST, especialmente da sífilis, das hepatites virais (B e C) e da infecção pelo HIV, nas mulheres gestantes e crianças expostas.

Prevenção Combinada

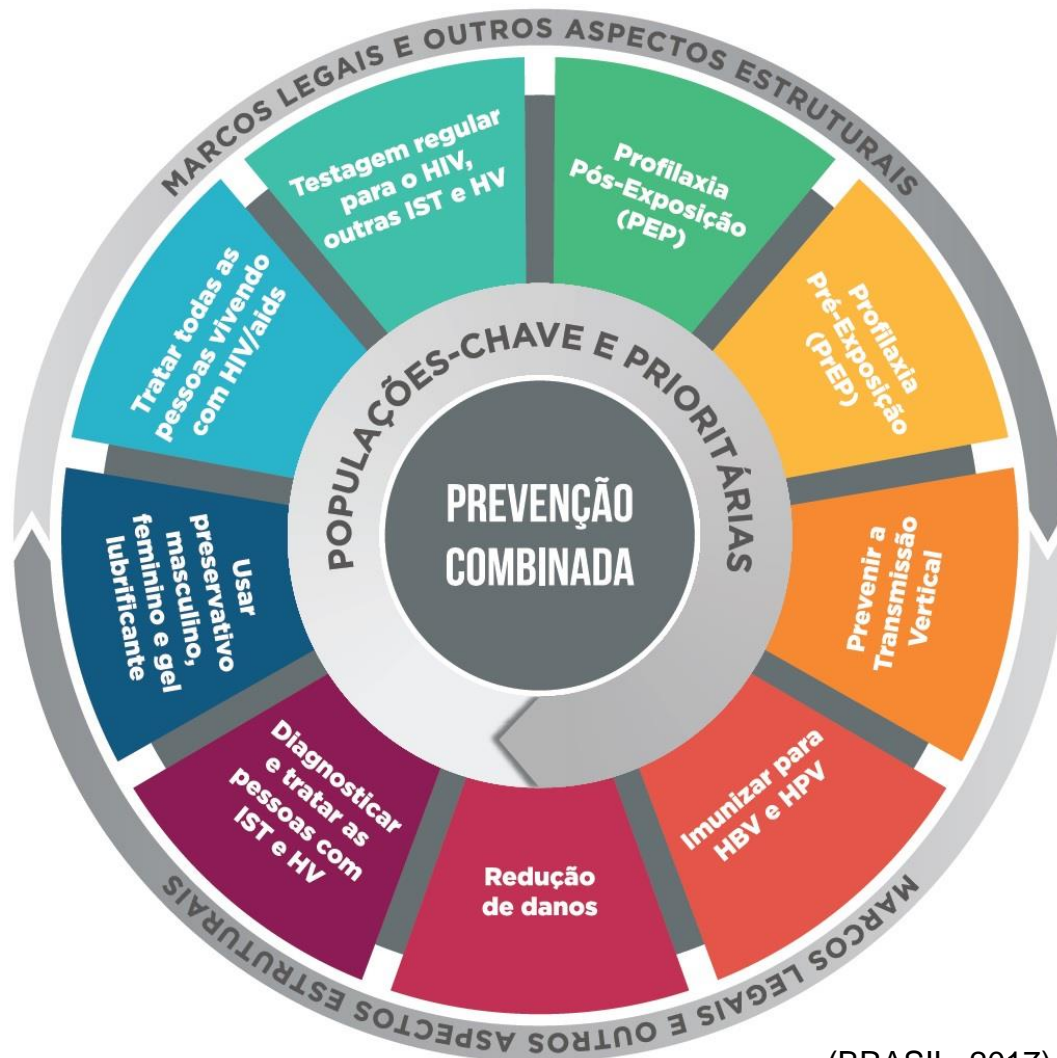
- Conjugação de diferentes ações de prevenção das IST, do HIV e das hepatites virais e de seus fatores associados
- Combinação das três formas de intervenções possíveis na formulação de **estratégias de prevenção**: biomédicas, comportamentais e estruturais (marcos legais)
- **Ações centradas nas pessoas, em seus grupos sociais e na sociedade em que se inserem**
- Estratégias de prevenção abrangentes devem observar e considerar as especificidades dos sujeitos e de seus contextos

Prevenção Combinada

- ❑ Intervenções biomédicas: foco na **redução do risco à exposição dos indivíduos**, a partir de estratégias que **impeçam sua transmissão direta**, na interação entre uma ou mais pessoas infectadas pelo vírus e outras pessoas não infectadas
- ❑ Intervenções comportamentais: foco na **abordagem dos diferentes graus de risco** a que os indivíduos estão expostos
- ❑ Intervenções estruturais: voltadas a **interferir nos aspectos** sociais, culturais, políticos e econômicos que criam ou **potencializam vulnerabilidades** dos indivíduos ou segmentos sociais

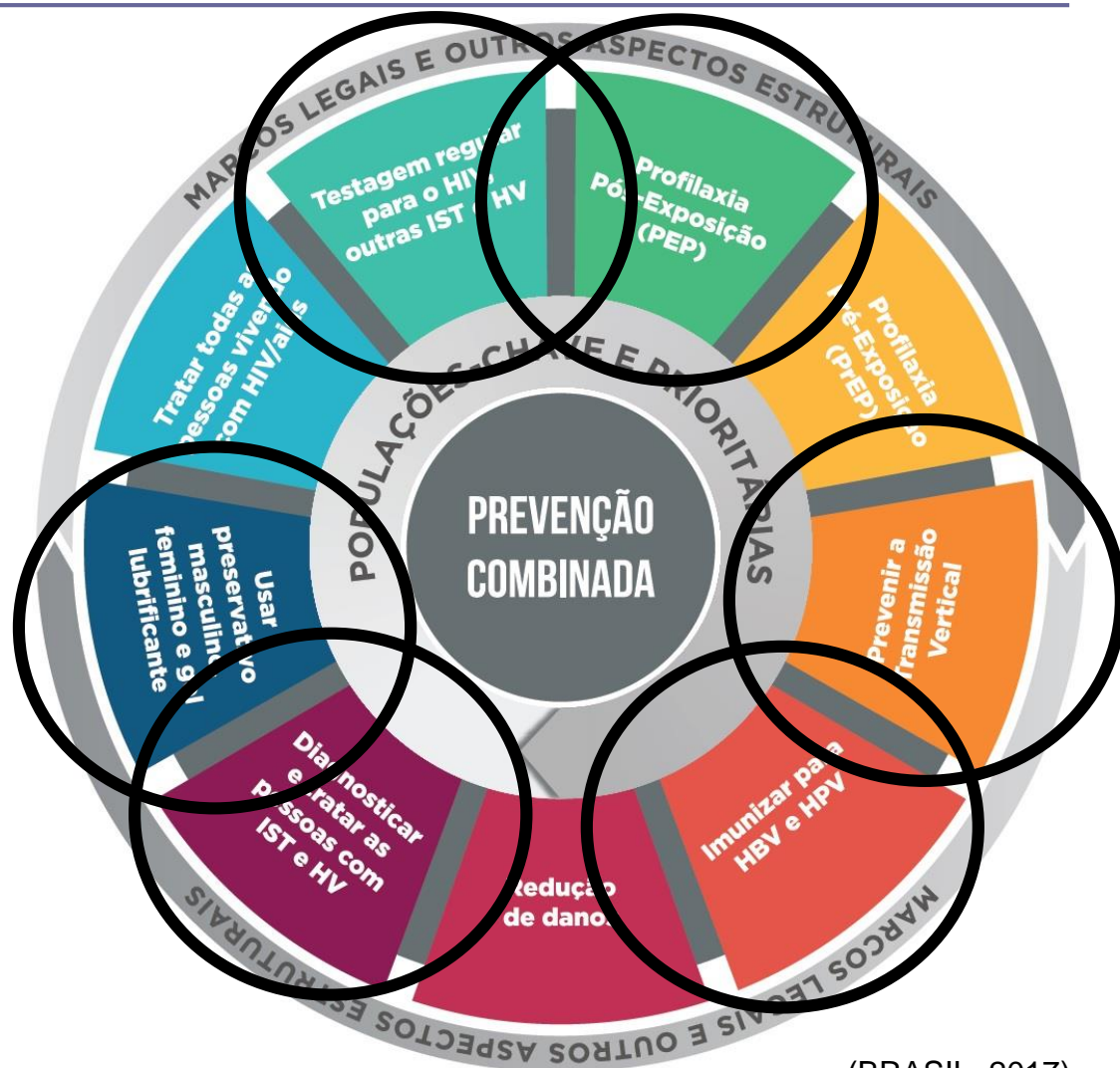
Prevenção Combinada

Combinação e a ideia de movimento de algumas das diferentes estratégias de prevenção



Prevenção Combinada

Combinação e a ideia de movimento de algumas das diferentes estratégias de prevenção





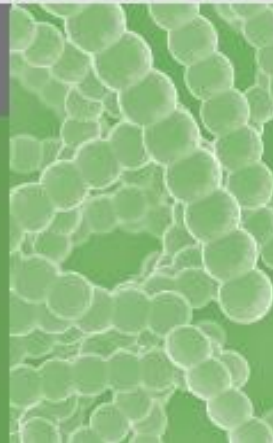
Organização
Mundial da Saúde

hrp.

As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto

Sumário Executivo

Guia das ações eficazes para a redução da incidência mundial de infecções maternas e as suas complicações próximas à hora do parto



(OMS, 2015)

As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto

Contexto	Orientações	A força da orientação e a qualidade da evidência
Prevenção de infecções no período periparto	1. Não é recomendada a depilação perineal/púbica convencional antes do parto natural.	Orientação condicional baseada em evidências de qualidade muito baixa
	2. O exame de toque vaginal em intervalos de quatro horas para mulheres de baixo risco é recomendado para a avaliação convencional na primeira fase ativa do trabalho de parto.	Orientação forte baseada em evidências de qualidade muito baixa
	3. <i>Não é</i> recomendada a limpeza vaginal convencional com clorexidina durante o parto visando a prevenção de morbidades infecciosas.	Orientação condicional baseada em evidências de qualidade moderada
	4. A limpeza vaginal convencional com clorexidina durante o parto em mulheres com incidência do Estreptococos do grupo B (SGB) <i>não é</i> recomendada para a prevenção desta infecção neonatal.	Orientação condicional baseada em evidências de qualidade muito baixa
	5. A administração de antibióticos durante o parto às mulheres com incidência do Estreptococos do grupo B (SGB) é recomendada para prevenção desta infecção neonatal.	Orientação condicional baseada em evidências de qualidade muito baixa
	6. <i>Não é</i> recomendada a profilaxia antibiótica convencional durante o segundo ou terceiro trimestre para todas as mulheres visando reduzir a morbidade infecciosa.	Orientação forte baseada em evidências de qualidade muito baixa
	7. <i>Não é</i> recomendada a administração convencional de antibióticos para mulheres em trabalho de parto prematuro com as membranas amnióticas intactas.	Orientação forte baseada em evidências de qualidade moderada
	8. A administração de antibióticos é recomendado para mulheres com ruptura prematura das membranas.	Orientação forte baseada em evidências de qualidade moderada

9. <i>Não é recomendada a administração convencional de antibióticos para mulheres com ruptura prematura das membranas no (ou próximo do) parto.</i>	Orientação forte baseada em evidências de qualidade baixa
10. <i>Não é recomendada a administração convencional de antibióticos para mulheres com o fluido amniótico manchado de mecônio.</i>	Orientação condicional baseada em evidências de qualidade muito baixa
11. <i>É recomendada a profilaxia antibiótica convencional para as mulheres submetidas a extração manual da placenta.</i>	Orientação forte baseada em evidências de qualidade muito baixa
12. <i>Não é recomendada a profilaxia antibiótica convencional para as mulheres submetidas à incisão no parto natural.</i>	Orientação condicional baseada em evidências de qualidade muito baixa
13. <i>É recomendada a profilaxia antibiótica convencional para as mulheres com incisão perineal de terceiro ou quarto grau.</i>	Orientação forte baseada em evidências de qualidade muito baixa
14. <i>Não é recomendada a profilaxia antibiótica convencional para as mulheres com episiotomia.</i>	Orientação forte baseada na visão consensual
15. <i>Não é recomendada a profilaxia antibiótica convencional para as mulheres submetidas ao parto natural sem complicações.</i>	Orientação forte baseada em evidências de qualidade muito baixa

(OMS, 2015)



INFECÇÕES PERINATAIS

TRANSMITIDAS DE
MAE PARA FILHO

MATERIAL EDUCATIVO PARA A EQUIPE DE SAÚDE

2010

Publicação Científica CLAP/SMR Nº 1567.03 Captura R



(CLAP/SMR; OPAS/OMS, 2010)

Quadro 1: TRANSMISSÕES VERTICAIS TRANSMITIDAS DE MÃES À SEUS FILHOS. RASTREAMENTO SISTEMÁTICO E INTERVENÇÕES

Agente etiológico (Doença)	VIA HABITUAL DE TRANSMISSÃO			RASTREAMENTO MATERNO SISTEMÁTICO		INTERVENÇÕES PARA REDUZIR RESULTADOS ADVERSOS				RASTREAMENTO NEONATAL SISTEMÁTICO OU SELETIVO		INTERVENÇÕES PARA REDUZIR RESULTADOS ADVERSOS		
	Intra uterina	Peri natal	Pos natal	CLÍNICO	LABORATORIAL	PRE-CONCEPCIONAL OU PRE-NATAL		PERINATAL	PREVENÇÃO/ TRATAMENTO	CLÍNICO	LABORATORIAL	POS-NATAL		
						IMUNIZAÇÃO	PREVENÇÃO					TRATAMENTO	IMUNIZAÇÃO	PREVENÇÃO
Treponema pallidum (Sífilis)	(H) ⁺	—	—	Úlcera genital Roséola sífilítica pode não haver sintomas	VDRL/RPR	NÃO	Sexo seguro / preservativo	Penicilina G antes das 4 semanas prévias ao parto	VDRL/RPR	Síndrome congênita	VDRL ou RPR	NÃO	NÃO	Penicilina G
Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)	±	(H) ⁺⁺	+	Similar à gripe	Anticorpo VIH	NÃO	Sexo seguro / preservativo não drogas IV AZT, Nevirapina, e outros esquemas de tratamento com drogas	Terapia anti-retroviral potente (HAART)	Cesária programada se a carga viral materna for >1000 cópias/ml ao momento do parto. AZT, Nevirapina ou outros esquemas terapêuticos	NÃO	Teste de ácido nucleico do bebê. NOTA: Teste de anticorpo positivo do bebê indica infecção materna (não do bebê)	NÃO	ZDV, Nevirapina	ZDV + outro RV
Vírus da rubéola	++	—	+	Erupções cutâneas rosáceas	IgG	MMR	Evitar contatos	NÃO	Vacinar no Pós-Parto MMR. Não TRATAR	Síndrome congênita	IgM/cultura viral	NÃO	NÃO	Tratamento sintomático para sinais e sintomas
Plasmodium falciparum (Malaria)	++	—	—	Febre em áreas endêmicas	Microscopia de sangue	NÃO	Mosquiteiros tratados com inseticidas	Quinina	NÃO	RCIU	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Vírus da hepatite B	±	(H) ⁺	+ / —	NÃO	HBsAg	SIM	Vacinação contra a hepatite B da população de risco	NÃO	Vacina para hepatite B	NÃO	Testes HBsAg e anti-HBs de bebê nascidos de mães	HIBG + VACINA	Vacina	Interferon alfa-2b
Trypanosoma Cruzi (Doença de Chagas)	++	—	—	NÃO	IgG	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Síndrome congênita	Microscopia de sangue	NÃO	NÃO	Benznidazol Nifurtimox
E. Coli (Bacteriúria assintomática)	++	—	—	NÃO	Urocultivo	NÃO	NÃO	Antibióticos	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Estreptococo do Grupo B	+ / —	(G, H) ⁺	+ / —	Factuais de risco	Coleta Vaginal/Retal	NÃO	NÃO	NÃO	Penicilina ou Ampicilina IV >4 h antes do nascimento	Sinais de sepsse	Hemocultivo Hemograma LCR	NÃO	NÃO	Ampicilina
Vírus da Varicela zoster (Catapora)	+	(H) ⁺	—	Erupções cutâneas características, avermelhadas e com prurido	NÃO	SIM	Evitar contatos/se houver contato Ig G	Acidovir em casos graves	Vacinar no pós-parto Não há tratamento	Síndrome congênita	NÃO	Imunoglobulina no nascimento se for recente	Isolar a mãe e o recém-nascido	Acidovir
Vírus do herpes simples 1 ou 2	±	(G, H) ⁺	—	Lesões orais ou genitais típicas	NÃO	NÃO	Sexo seguro / preservativo	Acidovir em casos graves	Cesariana programada se há lesões ativas	Herpes Neonatal	NÃO	NÃO	NÃO	Acidovir
Neisseria gonorrhoeae	+	(G) ⁺	—	Cervicite Comimento vaginal	Cultivo	NÃO	Sexo seguro / preservativo	Penicilina, Ceftriaxona	NÃO	Oftálmico	Cultivo	ATB /Credé Tópico	NÃO	Penicilina Ceftriaxona
Chlamydia trachomatis	+	(G) ⁺	—	Cervicite	NAAT	NÃO	Sexo seguro / preservativo	Eritromicina Azitromicina	NÃO	Oftálmico Parto pré-termo	NAAT	ATB Tópico	NÃO	Eritromicina Azitromicina
Toxoplasma gondii	++	—	—	Similar à gripe	Ig G/ Ig G Prove de avidéz	NÃO	Evitar areia de gatos Sob	Empírico Primetamina Sulfadiazina	NÃO	Síndrome congênita	IgG, IgM, IgA	NÃO	NÃO	Primetamina + Sulfadiazina
Citomegalovírus	++	(G, H) ⁺	+	Similar à gripe	NÃO	NÃO	Evitar contato saliva e urina do bebê	Ampicilina	NÃO	Síndrome congênita	PCR de antígeno	NÃO	NÃO	Controverso
Parvovírus	++	—	—	Similar à gripe, artrites	NÃO	NÃO	NÃO	Transfusão fetal	NÃO	Hidropsia fetal	PCR de antígeno	NÃO	NÃO	Transfusão de sangue
Hepatite C vírus	±	(H) ⁺	—	NO	NÃO	NÃO	Evitar medicamentos intravenosos	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Listeriose	++	(G, H) ⁺	—	Diarreia, Febre	NÃO	NÃO	Evitar embutidos/ Queijos cremosos	Penicilina	NÃO	Sepsse	Cultura	NÃO	NÃO	Penicilina

++ = la vía principal de transmisión. + = reconocido, pero menos común, la vía. ± = poco común o posible, pero incierto, la vía (G) = genital. (H) = hematogena

(CLAP/SMR; OPAS/OMS, 2010)

Quadro 2: MEDIDAS UNIVERSAIS PARA PREVENIR INFECÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ

CONTACTO COM ADULTOS	SINTOMAS RESPIRATÓRIOS OU SIMILARES À GRIPE	<ul style="list-style-type: none"> Evitar a proximidade ou contato íntimo com adultos portadores de doenças contagiosas, com febre ou que tiveram febre recentemente, ou com sintomas parecidos a uma gripe <ul style="list-style-type: none"> Beijar Compartilhar talheres, beber do mesmo utensílio (copo, xícara, garrafa) 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar as mãos frequentemente e quando for possível esfregar as mãos com álcool em gel depois de dar a mão a uma pessoa e antes de comer
	CONTATO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> Abstinência sexual (oral, vaginal, ou anal) exceto se for com um parceiro estável que não seja portador de doenças contagiosas, com uma relação de longo prazo e mutuamente monógama Os espermicidas vaginais que contém nonoxynol-9 (N-9) não são efetivos para a prevenção de doenças contagiosas Usar sempre preservativo masculino de látex colocado corretamente <ul style="list-style-type: none"> Manejar o preservativo cuidadosamente para evitar ruptura. Colocar o preservativo com o pênis ereto antes de qualquer contato sexual seja genital, oral ou anal com o parceiro Para evitar que o preservativo escape, segurar firmemente na base do pênis durante a retirada, e retirar enquanto o pênis ainda esteja ereto. Usa o preservativo uma única vez e descartar Evitar sexo oral receptivo com um parceiro portador de herpes oral e relações sexuais no terceiro trimestre com um homem que seja portador de herpes genital 	
	CONTATO COM SANGUE	<ul style="list-style-type: none"> Se estiver pensando em fazer uma tatuagem ou colocar um piercing, considerar os riscos associados. Se os instrumentos estiverem contaminados com sangue de outra pessoa pode haver contági Não usar drogas injetáveis. Existe risco de infecção por seringas não esterilizadas ou compartilhadas <ul style="list-style-type: none"> Se usar drogas, pare e comece um programa de tratamento; Se não pode parar, nunca compartilhe agulhas, seringas, água ou "preparados" 	<ul style="list-style-type: none"> Não compartilhar objetos de uso pessoal que podem contaminar-se com sangue como as lâminas de barbear e as escovas de dente.
CONTACTO COM CRIANÇAS	SINTOMAS RESPIRATÓRIOS OU SIMILARES A UMA GRIPE, OU ERUPÇÃO DE PELE OU EM QUALQUER MOMENTO SE A CRIANÇA TIVER MENOS DE 3 ANOS	<ul style="list-style-type: none"> Lavar cuidadosamente as mãos com água corrente e sabão durante 15 a 20 segundos; se na casa houver álcool em gel, usá-lo para esfregar as mãos depois de: <ul style="list-style-type: none"> Uma exposição aos líquidos corporais da criança e da troca de fraldas, Banhar a criança em uma banheira ou bacia, Manipular roupa suja da criança, Manipular brinquedos e outros objetos da criança Usar luvas de borracha como proteção adicional na troca de fraldas, no banho do bebê e quando manipular sua roupa suja 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar contato próximo ou íntimo com crianças como, por exemplo <ul style="list-style-type: none"> Beijar na boca ou nas bochechas (beijá-los na cabeça ou abraçá-los) Dormir juntos Usar a mesma toalha ou a mesma esponja de banho Evitar contato com a saliva do bebê no momento de sua alimentação <ul style="list-style-type: none"> Evitar usar os mesmos talheres quando comer ou experimentar comida ou usando os mesmos talheres Evitar beber usando os mesmos utensílios (copos, xícaras, colheres, mamadeira etc.)
ALIMENTOS E ÁGUA	CONSUMO, MANIPULAÇÃO E PROCESSAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Evitar o consumo de carne crua ou mal cozida de cordeiro, porco, vaca, frango ou galinha. Esquentar a água até ferver quando preparar salsichas e outras comidas pré-preparadas Verificar a validade e a higiene de produtos alimentícios perecíveis e de comidas preparadas (pratos frios, salsichas, patê, saladas) Não consumir produtos lácteos não pasteurizados, inclusive queijos cremosos Consumir patês, carnes processadas e produtos defumados somente se estiverem enlatados ou em embalagens que garantam sua estabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Descascar ou lavar cuidadosamente frutas e vegetais crus para retirar a terra Lavar as mãos, facas e tábuas de carne depois de manipular alimentos crus ou o líquido de suas embalagens Lavar as mãos cuidadosamente depois de manipular carne crua Cozinhar carne de qualquer tipo: carneiro, porco, frango, galinha e vaca, até perder a cor avermelhada e seu suco seja claro Evitar água não tratada (não filtrada)
RISCOS AMBIENTAIS	MANIPULAÇÃO DE TERRA E ANIMAIS	<ul style="list-style-type: none"> Usar luvas quando fazer jardinagem ou trabalhar com terra Evitar manipular a bandeja sanitária de gatos, mas se for necessário, usar luvas e lavar as mãos imediatamente depois Durante a gravidez, se for possível, manter os gatos fora de casa e não alimentá-los com comida crua 	<ul style="list-style-type: none"> Cobrir a caixa de areia das crianças quando não estiver em uso (os gatos podem utilizá-la para urinar e defecar) Trocar a areia da bandeja sanitária do gato diariamente
	PROTEÇÃO CONTRA INSETOS	<ul style="list-style-type: none"> Usar sempre mosquiteiros tratados com inseticidas nas áreas onde a malária é endêmica 	
RISCOS OCUPACIONAIS	CRECHES, JARDINS DE INFÂNCIA OU INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> Evitar trabalhar com crianças com menos de 3 anos de idade Os trabalhadores da saúde e de segurança pública devem tomar sempre medidas de prevenção de barreira e manipular sempre com muito cuidados os produtos de sangue, agulhas e outros objetos cortantes 	



Patient education: Avoiding infections in pregnancy (Beyond the Basics)

Author: [Richard H Beigi, MD, MSc](#)

Section Editor: [Charles J Lockwood, MD, MHCM](#)

Deputy Editor: [Meg Sullivan, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

Patient education: Food poisoning (foodborne illness) (Beyond the Basics)

Author: [David WK Acheson, MD, FRCP](#)

Section Editor: [Stephen B Calderwood, MD](#)

Deputy Editor: [Allyson Bloom, MD](#)

Patient education: General travel advice (Beyond the Basics)

Author: [Peter F Weller, MD, MACP](#)

Section Editor: [Karin Leder, MBBS, FRACP, PhD, MPH, DTMH](#)

Deputy Editor: [Elinor L Baron, MD, DTMH](#)

Patient education: Vaccination during pregnancy (Beyond the Basics)

Author: [Vanessa A Barss, MD, FACOG](#)

Section Editors: [Charles J Lockwood, MD, MHCM](#), [Peter F Weller, MD, MACP](#)

Deputy Editor: [Meg Sullivan, MD](#)

PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL COMO PREVENÇÃO DE AGRAVOS

O objetivo do pré-natal é garantir o desenvolvimento da gestação, tendo como consequência o parto de um recém-nascido saudável, sem danos para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais, assim como as **atividades educativas e preventivas**

(Brasil, 2013)

“Tendo em vista que a **educação envolve a responsabilidade da população sobre seus hábitos e estilos de vida**, destaca-se a importância da enfermagem como profissão de **compromisso social**, sensível aos problemas e direitos humanos, e como ciência que busca **novas metodologias para o alcance da melhoria** da qualidade de vida e da assistência, mediante **atividades educativas de saúde** e intervenções apropriadas.”

(LOPES, ANJO; PINHEIRO, 2009)



Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição

Obstetrical nursing and health education: contributions to the experience of process of parturition

Jacqueline Silveira de Quadros¹, Thamiza Laureany da Rosa dos Reis¹, Juliana Silveira Colomé²

Perceberam-se algumas lacunas nas atividades educativas durante o atendimento pré-natal, que estiveram presentes nas falas das participantes: *Meu pré-natal foi bem básico, porque o médico foi bem simples, não se aprofundava muito no assunto, não gostava de olhar muito para cara da paciente. Ele é ginecologista e não passou muita informação. Eu que fui em busca. Arrecadava informação de um e de outro, fui à internet, fui me conscientizando de como ia ser* (Ent. 05). *No pré-natal não tive nenhuma informação pelo médico, foi o básico. Fui às consultas, verificava a pressão, media (altura uterina), escutava o coraçãozinho, o básico* (Ent. 02).

Quando as participantes foram questionadas em relação à falta de alguma informação durante o pré-natal, perceberam-se algumas fragilidades na educação em saúde e falta de comprometimento dos profissionais que realizavam o cuidado à mulher/gestante, atitudes que geralmente potencializam medos

As participantes da pesquisa ainda foram indagadas sobre as orientações que receberam durante as consultas de acompanhamento pré-natal, os métodos não farmacológicos de alívio da dor e sua aplicabilidade durante o trabalho de parto: *mais uma vez, constatou-se a importância de os enfermeiros e/ou residentes em enfermagem obstétrica nas orientações realizadas durante o acompanhamento pré-natal: Quando cheguei aqui [maternidade] eu já sabia que ia usar a bola, sabia do banho morno e até de acocar [posição de cócoras] para o bebê descer mais rápido. Isso elas me explicaram [enfermeiros e/ou*

Atenção ao pré-natal

- ❑ Transição do modelo biomédico para o humanístico
- ❑ Considerar a gestação como um evento único para cada mulher
- ❑ Compartilhar conhecimento para devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério
- ❑ Conjunto importante de ações ➡ ações voltadas para as reais necessidades das mulheres ➡ ações transdisciplinares
- ❑ Orientações para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos e complicações
- ❑ Informações quanto à higiene e atividades físicas, sexualidade, e a importância de realização de exames para a manutenção de uma gestação saudável
➡ cuidados, boas práticas
- ❑ Avaliação oportuna e adequada ➡ Não intervir desnecessariamente

Estratégias

- Empatia / humanização
- Acolhimento
- Valorização da individualidade
- Compreender capacidades/limitações
- Linguagem clara e acessível
- Escuta ativa e acolhedora
- Permitir que a gestante expresse suas dúvidas, preocupações e angústias
- Diálogo horizontal
- Criação de vínculo
- Estimular autocuidado
- Envolver a família
- Permitir e incentivar interações em grupo – criação de rede de apoio – potência da diversidade
- Conhecimento aplicado à prática: Saber para orientar e agir
- Aplicável a todos os ambientes



Atendimento em grupo versus atendimento convencional no cuidado pré-natal de gestantes.

Publicada:

4 Fevereiro 2015

Autores:Catling CJ, Medley N, Foureur M,
Ryan C, Leap N, Teate A, Homer
CSE

Grupo de Revisão Principal

Cuidado pré-natal é um dos mais importantes serviços de atenção à saúde fornecido para gestantes ao redor do mundo. Na maioria dos países ocidentais, os cuidados de saúde durante a gravidez tradicionalmente envolvem um cronograma de visitas individuais com uma parteira, um obstetra ou um médico generalista em um hospital ou clínica. Um modo diferente de fornecer cuidado à gestação envolve utilizar o modelo de grupo do que a abordagem individual. Grupo de pré-natal ou cuidados na gestação tem sido desenvolvido nos EUA em um modelo conhecido como "CenteringPregnancy". O cuidado é fornecido por uma parteira ou um obstetra para grupos de oito a doze mulheres de idade



Quem está falando sobre esse artigo?

Envolve-se com as traduções para o português

CenteringPregnancy – O cuidado é fornecido por uma parteira ou um obstetra para grupos de oito a doze mulheres de idade gestacional semelhante. A satisfação foi avaliada ligeiramente superior entre as mulheres que foram alocadas aos cuidados pré-natais em grupo. Não houve diferença observada nos desfechos (prematuridade, desmame precoce, etc.).

Referências

Desenvolvimento de Habilidades Esperadas

Compreensão sobre a magnitude das infecções perinatais na saúde materno-infantil

Visão crítico-reflexiva sobre a saúde materna e perinatal e assistência prestada para a promoção à saúde e prevenção de agravos

Conscientização da relevância do enfermeiro no cenário e sua atuação como educador

Desenvolvimento de estratégias que potencializem a abordagem educativa

DÚVIDAS?

Referências

- ❑ BRASIL, Ministério da Saúde, Caderno de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013
- ❑ BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016.
- ❑ CATLING CJ, MEDLEY N, FOUREUR M, RYAN C, LEAP N, TEATE A, HOMER CSE. Group versus conventional antenatal care for women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD007622. DOI: 10.1002/14651858.CD007622.pub3
- ❑ EVORA YDM. Ações educativas em um ambulatório de pré-natal: atuação dos profissionais de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 1988, vol.22, n.3, pp.371-374. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234198802200300371>.
- ❑ LOPES, EM; ANJOS, SJSB; PINHEIRO, AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev. enfermagem. UERJ*, v.17, n.2, Rio de Janeiro, 2009. p.273-297. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>
- ❑ MELO DF; NOGUEIRA MAA; FERRO SMFS; SILVA TR; COSTA YL; FRANÇA AMB; SALDANHA FILHO AJM. Atuação Educativa do profissional enfermeiro na assistência ao pré-natal. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. Maceió v. 2. n.3 p. 57-66. Maio 2015
- ❑ OHLSSON A, SHAH VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD007467. DOI: 10.1002/14651858.CD007467.pub4

Referências

- ❑ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto. Genebra, 2015.
- ❑ QUADROS JS, REIS TLR, COLOMÉ JS. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. Rev Rene. 2016 jul-ago; 17(4):451-8. Disponível em <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4929/3630>>
- ❑ RIOS, CTF; VIEIRA, NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>.
- ❑ THINKHAMROP J, HOFMEYR GJ, ADETORO O, LUMBIGANIN P, OTA E. Antibiotic prophylaxis during the second and third trimester to reduce adverse pregnancy outcomes and morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD002250. DOI: 10.1002/14651858.CD002250.pub3.
- ❑ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Web supplement: WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: evidence base. Geneva, 2016
- ❑ WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, 2016.

Muito obrigada.

pvnakazone@usp.br