



PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL

ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ

OUTUBRO 2024

Elaborado por:

Enfª Patrícia Dantas de Almeida

Revisado por:

Secretário Municipal de Saúde
Dr. Leonardo Santos dos Reis

Validado por:

Diretora Técnica Enfª
Luciana Cristina de Oliveira Baier

Apoio:

Enfº Emerson Lopes de Souza
Enfª Denise Sirenoni Cruz



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Luís Antonio de Camargo
Prefeito Municipal de Arujá

Leonardo Santos dos Reis
Secretário Municipal de Saúde

Outubro 2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Agradecimento

Gostaríamos de expressar nossa sincera gratidão a Dra Conceição Rodrigues de Ávila, Ginecologista e ao Dr Luís Antonio Fernandes, Ginecologista, pelas contribuições no processo de elaboração do Protocolo de pré-natal para a Atenção Básica de Arujá.

Outubro 2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

APRESENTAÇÃO

O protocolo de Pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento de referência para os profissionais de saúde que resume as recomendações essenciais do Departamento de Atenção Primária. Tem como objetivo, contribuir com a tomada de decisão das equipes da APS e subsidiar as práticas do cotidiano, orientando a assistência clínica ao pré-natal e ao puerpério, por meio de critérios para a estratificação de risco e suporte para a atuação, em se tratando de gestações de risco habitual. As equipes das unidades de saúde possuem papel fundamental para um acesso avançado, qualificado, resolutivo, considerando a garantia de direitos, a humanização do cuidado, as questões de gênero e étnico/raciais, as singularidades das pessoas e dos territórios, as vulnerabilidades sociais, assim como a participação dos (as) parceiros (as) no pré-natal e no puerpério, a fim de propiciar a vivência de práticas de cuidado de qualidade e que promovam a saúde e a vida das pessoas. Na proposta de colaboração entre as gestões estadual e municipal, os trabalhadores da saúde e a população, com o objetivo de incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços de APS oferecidos à população do município de Arujá, o protocolo é um documento norteador de práticas assistenciais qualificadas, baseadas em evidências e na humanização da atenção materno-paterno-infantil.

Outubro 2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Sumário

1. Fluxograma 01: Pré-natal	06
2. Fluxograma 02: Exames da gestante e do parceiro	07
3. Fluxograma 03: Exames de imagem no pré-natal	08
4. Cronograma de consulta de pré-natal	09
4.1 Acolhimento	09
4.2 Primeira consulta	09
4.3 Em todas as consultas	10
4.4 Orientações para o final da gestação	10
4.5 Medicacões de rotina do pré-natal	10
4.6 Citopatológico	11
4.7 Empréstimo de glicosímetro para o pré-natal	11
4.8 Encaminhamento ao pré-natal de alto risco (PNAR)	11
5. Exames laboratoriais da rotina de pré-natal	13
5.1 Tipagem sanguínea e fator RH	13
5.2 Hemograma completo	13
5.3 Teste rápido de sífilis	13
5.4 Teste rápido de HIV	13
5.5 Sorologia para HIV (Elisa)	14
5.6 Sorologia para sífilis	14
5.7 Glicemia de jejum	14
5.8 Urina I	14
5.9 Urocultura e antibiograma	15



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

5.10 Teste para Hepatite B (HBsAg/AntiHBC total)	15
5.11 Teste par Hepatite C (Anti HCV)	15
5.12 HTLV	15
5.13 Exame de Toxoplasmose (IgG/IgM)	15
6. Exames de Imagem da rotina de Pré-natal	16
7. Vacinas no pré-natal	17
8. Prescrição de medicamentos pelo médico ou enfermeiro no pré-natal	18
8.1 Suplementação na gestação	18
8.2 Medicamentos para intercorrência mais comuns na gestação	19
9. Toxoplasmose	27
10. Imunoglobulina anti RH (D)	36
Referências Bibliográficas	42



1. FLUXOGRAMA 01: PRÉ-NATAL

TESTE DE GRAVIDEZ POSITIVO

Acolhimento:

- Testes rápidos: HIV, Sífilis;
- Solicitar e agendar exames (Tipagem sanguínea, HMG, Urina I, Urocultura, Glicemia, Toxoplasmose, PPF, Sorologia Hepatite B, Hepatite C, USG Obstétrico);
- Encaminhar e agendar consulta Odontológica;
- Encaminhar para nutricionista;
- Anotar dados no cartão de pré-natal;
- Orientar sobre intercorrências e rotina de pré-natal;
- Checar carteira de vacina;
- Solicitar exames laboratoriais para o parceiro;
- Agendar consulta médica de Pré-natal.

Consulta:

Preencher prontuário da gestação e anotar dados relevantes no cartão de pré-natal:

- Antecedentes clínicos obstétricos;
- Avaliação dos exames laboratoriais e USG;
- Exame clínico e obstétrico;
- Suplementação de ácido fólico 5mg/dia e Ferro 40mg/dia;
- Avaliação de risco gestacional.

Sim

Não

Alto Risco

- Consultas de acompanhamento em unidade de referência de alto risco, disponibilizadas pelo Departamento regional de saúde (DRS);
- Manter acompanhamento pela UBS de origem (médico e/ou enfermeiro), agendamento e coleta de exames, coleta de CO, Planejamento reprodutivo, ações educativas e puerpério.

Risco habitual e risco intermediário

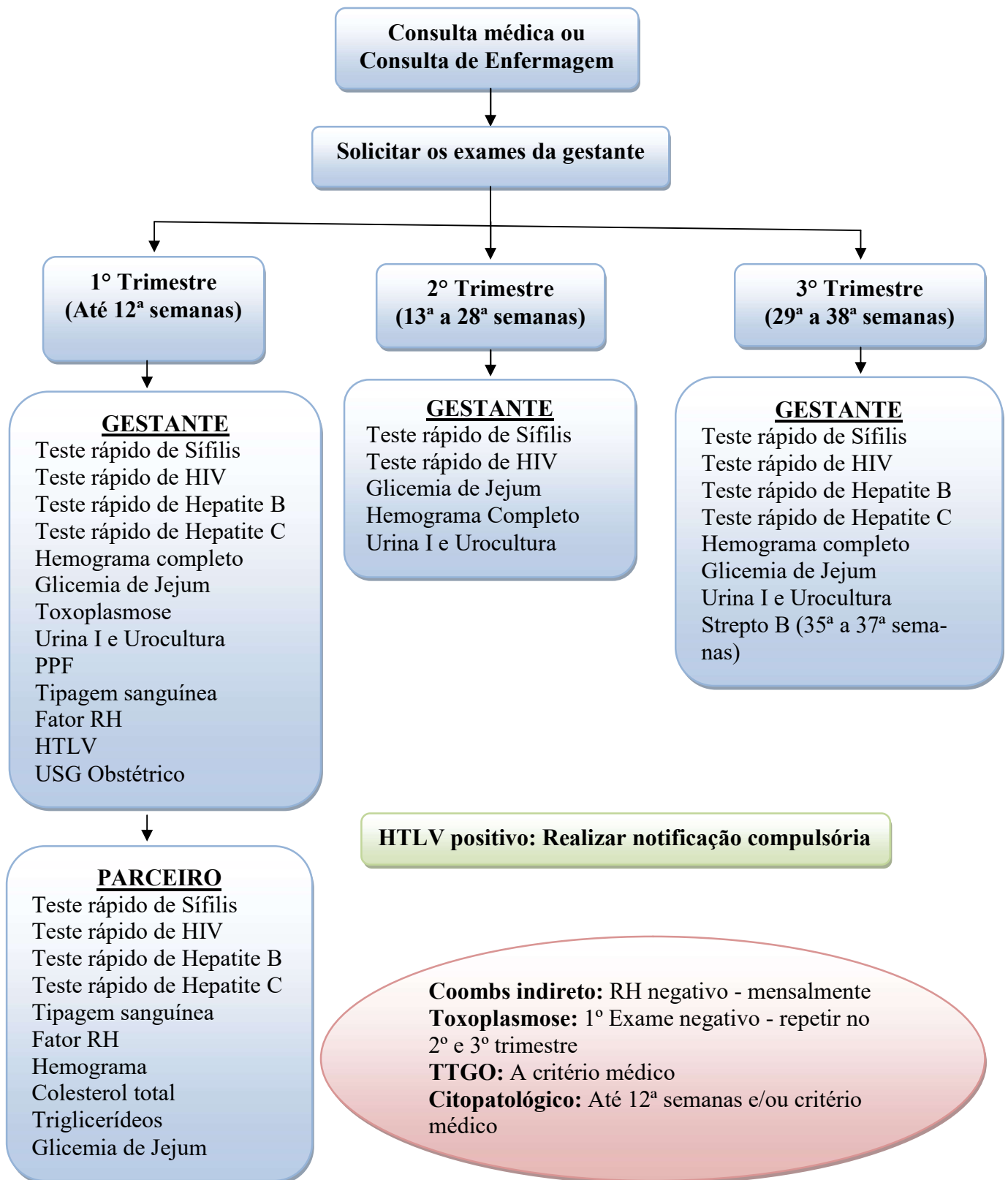
- Acompanhamento em UBS de referência;
- Reavaliar risco em todas as consultas.

Não existe alta do Pré-Natal



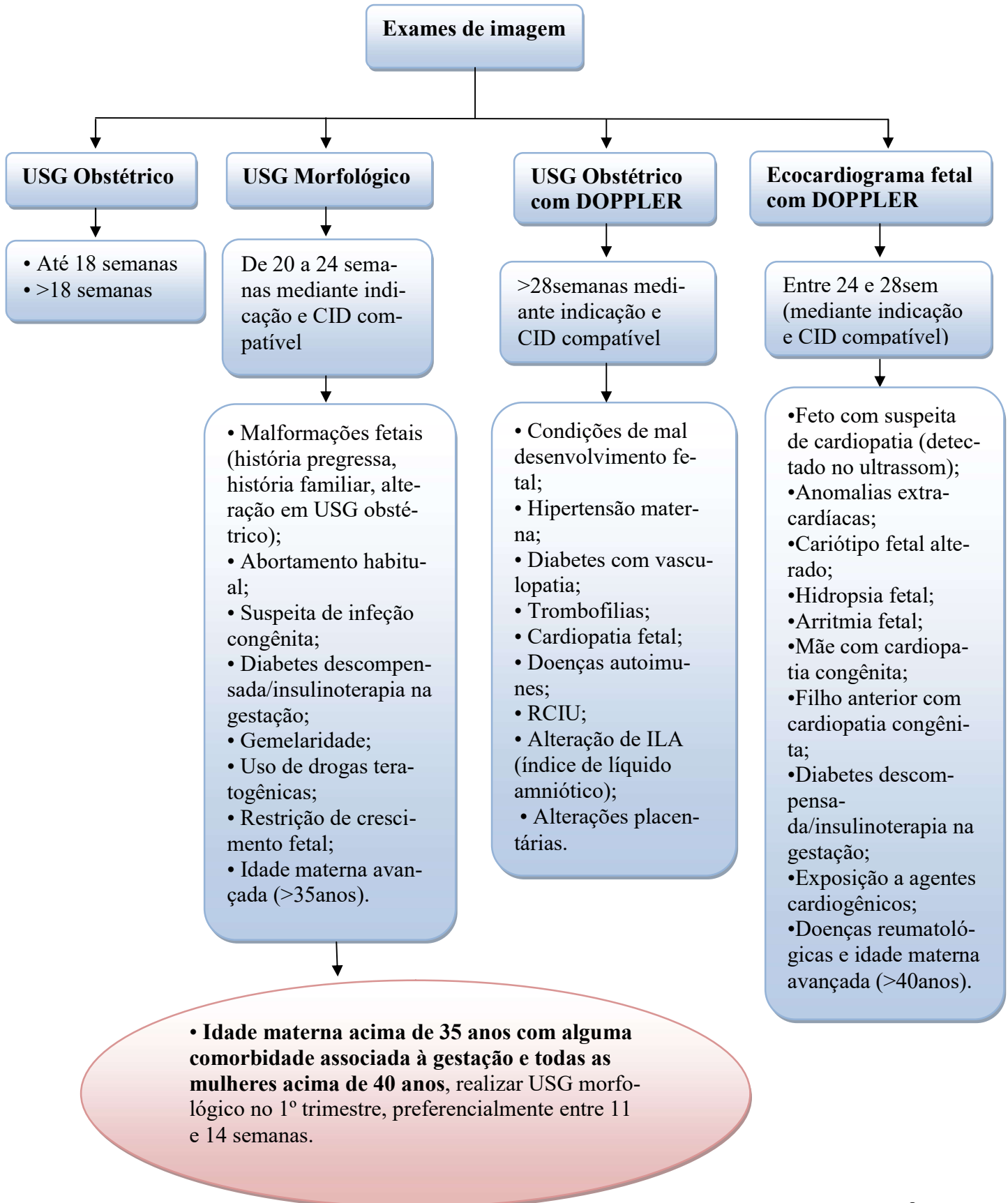
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

2. FLUXOGRAMA 02: EXAMES DA GESTANTE E DO PARCEIRO





3. FLUXOGRAMA 03: EXAMES DE IMAGEM NO PRÉ-NATAL





4. CRONOGRAMA DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

- Consultas mensais até 28 semanas (médico e/ou enfermeiro);
- Consultas quinzenais 28 a 36 semanas (médico e/ou enfermeiro);
- Consultas semanais 36 a 40 semanas (médico – na sua ausência, o enfermeiro deve acolher);
- Após 40 semanas: encaminhar para avaliação na maternidade, ou antes, conforme avaliação clínica;
- Retorno de puerpério na UBS de referência.

4.1 Acolhimento:

- Realizar testes rápidos: HIV e Sífilis;
- Solicitar e agendar exames: Tipagem sanguínea, HMG, Urina I, Urocultura, Glicemia, Toxoplasmose, PPF, Ultrassom Obstétrico;
- Encaminhar para odontologia;
- Encaminhar para nutricionista;
- Anotar dados no cartão de pré-natal;
- Orientar sobre intercorrências e rotina de pré-natal;
- Checar carteira de vacina;
- Solicitar exames laboratoriais para o parceiro;
- Agendar consulta médica de Pré-natal.

4.2 Primeira consulta:

- Acolhimento e esclarecimento de dúvidas em relação à gestação e/ou pré-natal;
- Cálculo de idade gestacional e data provável do parto;
- Orientar Maternidade de Referência;
- Checar se testes rápidos HIV e SÍFILIS foram realizados;
- Avaliar exames realizados;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

- Anamnese: antecedentes clínicos, antecedentes obstétricos, dados da gestação atual;
- Orientação nutricional (equipe multidisciplinar);
- Orientações de Planejamento Reprodutivo;
- Incentivar a participação em grupos educativos.

4.3 Em todas as consultas:

- Preenchimento de prontuário da gestante e cartão de pré-natal;
- Cálculo de idade gestacional;
- Avaliação de exames realizados ou, se houver necessidade de outra avaliação, solicitar exames pertinentes;
 - Exame obstétrico (peso e PA, altura uterina, BCF, movimentação fetal, presença de edema, exame de toque – se necessário);
- Checar vacinação;
- Identificar e classificar risco.

4.4 Orientações para o final da gestação:

- 38^a semanas de gestação: encaminhar a Maternidade de referência para realização de Cardiotocografia a cada 02 dias (preferencialmente pela manhã, após alimentar-se).
- Orientar a paciente que ela deverá voltar a UBS em até 20 dias após o parto para a consulta puerperal.

4.5 Medicções de rotina do pré-natal:

- **Ácido fólico 5mg:** O Ideal é iniciar três meses antes da gestação e manter até 12 semanas de gestação;
- **Sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia):** Para todas as gestantes até o final da gravidez: prevenção de anemia ferropriva;
- **Polivitaminico:** Para todas as gestantes até o final da gravidez a critério médico.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

4.6 Citopatológico:

Realizar o citopatológico até 12ª semana e a critério médico. A coleta deve ser feita somente com a espátula de Ayre e NÃO usar a escova endocervical.

4.7 Empréstimo de glicosímetro para o pré-natal:

É realizado o empréstimo do glicosímetro sempre que o médico prescrever para a gestante controle de glicemia, sendo necessário a devolução após o parto.

O enfermeiro deve anotar em prontuário eletrônico a entrega do glicosímetro e dos insumos. Ao entregar o glicosímetro a gestante deve assinar o termo de compromisso e responsabilidade padronizado pela Secretaria de Saúde (ANEXO 03), em duas vias, sendo que uma fica com a paciente e outra com a Unidade de saúde.

O enfermeiro deve orientar a gestante quanto ao uso correto do glicosímetro.

4.8 Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR):

Algumas gestantes podem apresentar complicações, identificadas durante o PN, que precisam de acompanhamento especializado. Nestes casos, deverão ser encaminhadas aos serviços de PNAR, através do Departamento Regional de Saúde (DRS), mas deverão continuar também o acompanhamento nas UBS onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente as consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR.

Observação:

- Gestantes com idade de 16 anos e 11 meses e ≥ 40 anos: encaminhar para ALTO RISCO.
- Adolescentes de 17 a 19 anos: RISCO HABITUAL
- Gestantes com início de gestação com idade menor que 14anos (13 anos, 11meses e 29 dias), obrigatória NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA de violência e comunicar o Conselho Tutelar por email com cópia para a atenção básica.

Encaminhamentos aceitos até 20 semanas de gestação

- Aborto habitual
- Adolescentes



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

- Cardiopatias
- Colagenoses
- Diabetes
- Gestação múltipla
- Hemopatias
- Hipertensão arterial crônica
- Nefropatias
- Neuropatias
- Pneumopatias
- Prematuridade
- Psicopatias
- Tireoidopatias
- Trombofilias/Trombose

Encaminhamentos aceitos até 32 semanas de gestação

- Câncer na gestação
- Cardiopatias diagnosticadas na gestação
- Colagenoses diagnosticadas na gestação
- Infecções Congênitas
- Placenta prévia/acretismo
- Pré-Eclâmpsia
- Trombofilias/Trombose
- Cardiopatias fetais (Anexar laudo do USG Obstétrico no encaminhamento)

Encaminhamentos aceitos sem limite de idade gestacional

- Moléstia Trofoblástica e Restrição de Crescimento fetal



5. EXAMES LABORATORIAIS DA ROTINA DE PRÉ-NATAL

5.1 Tipagem Sanguínea e fator RH

Se a gestante for Rh positivo, não há necessidade de nenhum outro exame adicional;

Se a gestante for RH negativo e não houver possibilidade de confirmação do Rh do parceiro, deve ser solicitado o Coombs Indireto (CI). Se o CI for negativo, deve ser repetido mensalmente até 27 semanas de gestação, quando então, se continuar negativo, deve ser feita a imunoglobulina anti-RH. A imunoglobulina anti-RH deverá ser repetida após o nascimento, se o RN for Rh positivo e deve também ser aplicada em casos de sangramento na gestação, abortamentos ou óbitos fetais até 72 horas do evento.

5.2 Hemograma Completo

Identifica problemas como, por exemplo, anemia que é comum na gravidez e deve ser tratada. Permite suspeitar da presença de infecções. É o exame utilizado para avaliar as três principais linhagens de células do sangue: hemácias, leucócitos e plaquetas. Ele é utilizado para o diagnóstico de várias doenças, incluindo anemia, infecções e leucemia.

Anemia ferropriva: $Hb < 11 \text{ g/dL}$

5.3 Teste rápido de Sífilis

É um teste treponêmico e identifica a sífilis, uma doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para o RN durante a gravidez. Em caso de TR positivo, a gestante deverá receber o tratamento imediatamente, seu parceiro deve ser tratado concomitantemente ou o mais rapidamente possível, pois caso o parceiro não se trate, a gestante pode ser re-infectada. Nesse caso coletar o VDRL da gestante imediatamente (não deixar para coletar em outro momento).

5.4 Teste rápido de HIV

Identifica o vírus causador da AIDS, doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da resistência e da proteção contra outras doenças. Pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maior a chance de impedir a transmissão vertical para o feto. Deverá ser realizado o TR de HIV no momento da confirmação da gravidez e caso positivo, encaminhar imediatamente a gestante para o serviço especializado (CTA).



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

5.5 Sorologia para HIV (ELISA)

Deve ser solicitada na primeira consulta, no segundo trimestre e no início do terceiro trimestre (28 semanas de gestação).

5.6 Sorologia para Sífilis

Faz parte da rotina do PN para diagnóstico de sífilis na gestação. Deve ser solicitada, independentemente da realização do TR para sífilis. Deve ser realizada nos três trimestres, sendo a primeira na 1ª consulta do PN, a segunda no segundo trimestre (ao redor da 20ª semana de gestação), e a terceira, na 28ª semana.

VDRL: é de fundamental importância para o acompanhamento do tratamento da sífilis na gestante. Na gestante com sífilis na gestação o VDRL será realizado mensalmente.

➤ Quando não tratada, a sífilis pode causar aborto, morte do feto, parto prematuro, baixo peso ao nascimento, malformações, e morte do recém-nascido.

5.7 Glicemia de jejum

Realizar na primeira consulta do PN (resultado normal abaixo de 92 mg/dl)

Todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum na UBS (até 20 semanas de idade gestacional) para diagnóstico de DMG e de DM diagnosticado na gestação;

Todas as gestantes com glicemia de jejum superior a 92 mg/dL devem realizar um segundo rastreamento com o TOTG (Teste de Tolerância Oral à Glicose) com 75g de glicose entre 24 e 28 semanas.

5.8 Urina I

Permite suspeitar de infecção urinária e indícios de diabetes e hipertensão na gestação. Deve ser realizado um a cada trimestre. Atenção aos traços de glicose e proteínas no exame de urina I.



5.9 Urocultura e antibiograma

Confirma a presença de infecção urinária, que deve ser tratada o mais precocemente possível. Deve ser realizada uma por trimestre.

5.10 Testes rápido para hepatite B

Identificam a infecção pelo vírus da hepatite B, que pode passar da mãe para o RN durante a gravidez e principalmente durante o parto. O RN, na presença do vírus na mãe, poderá ser protegido se receber a vacina e a imunoglobulina para hepatite B nas primeiras 12 horas após o parto.

5.11 Teste rápido para Hepatite C

Para avaliar contato com o vírus da Hepatite C (VHC), deve ser solicitado para todas as gestantes na primeira consulta (utilizando preferencialmente o teste rápido). A confirmação da doença em atividade deve ser com a realização do PCR para o VHC. A Transmissão Vertical do VHC ocorre principalmente durante o parto. Em casos positivos, encaminhar para referência especializada.

5.12 HTLV

Solicitar sorologia para todas as gestantes na primeira consulta de Pré-natal.

As recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HTLV são:

- Uso de preservativo em todas as relações sexuais;
- Oferta de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis.
- Contra-indicação à amamentação em mães vivendo com HTLV 1/2, sendo recomendado o uso de inibidores de lactação e de fórmulas lácteas infantis.

5.13 Exame de toxoplasmose IgG/ IgM

Identifica se a gestante tem toxoplasmose. Esta doença pode ser adquirida pela ingestão de alimentos contaminados. Deverá ser repetido no 2º e 3º trimestre se estiver inicialmente negativo.



6. EXAMES DE IMAGEM DA ROTINA DE PRÉ-NATAL

6.1 USG Obstétrico

Deve-se solicitar com idade gestacional até 18 semanas e >18 semanas.

6.2 USG Morfológico

Deve ser solicitado com idade gestacional de 20 a 24 semanas mediante indicação e CID compatível: Malformações fetais (história pregressa, história familiar, alteração em USG obstétrico), Abortamento habitual, suspeita de infecção congênita, diabetes descompensada/insulinoterapia na gestação, gemelaridade, uso de drogas teratogênicas, idade materna avançada (>40anos), restrição de crescimento fetal.

6.3 USG Obstétrico com Doppler

Deve ser solicitado com idade gestacional acima de 28 semanas mediante indicação e CID compatível: Condições de mal desenvolvimento fetal (hipertensão materna, diabetes com vasculopatia, trombofilias, cardiopatia fetal; doenças autoimunes), RCIU, alteração de ILA (índice de líquido amniótico), alterações placentárias.

6.4 Ecocardiograma fetal com Doppler

Deve ser solicitado com idade gestacional entre 24 e 28 semanas mediante indicação e CID compatível Feto com suspeita de cardiopatia (detectado no ultrassom), anomalias extra-cardíacas, cariótipo fetal alterado, hidropsia fetal, arritmia fetal, mãe com cardiopatia congênita, filho anterior com cardiopatia congênita, diabetes descompensada/insulinoterapia na gestação, exposição a agentes cardiogênicos, doenças reumatológicas e idade materna avançada (>40anos).

OUTROS EXAMES: O médico deve avaliar necessidade a cada consulta de Pré-natal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

7. VACINAS NO PRÉ-NATAL

• **Vacina antitetânica (dT) e Vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche):** a dT protege contra o tétano no RN e na gestante e a dTpa protege a gestante e o bebê contra tétano, difteria e coqueluche.

É necessário verificar a condição vacinal da gestante:

- Caso esta não tenha sido vacinada ou seu estado vacinal seja desconhecido, deve-se iniciar a vacinação o mais precocemente possível com três doses: 02 doses dT e 1 dose dTpa (preferencialmente entre 20 e 28 semanas, e no máximo até 36 semanas de gestação);

- Se a gestante já foi vacinada há mais de cinco anos ou esquema vacinal incompleto:

dTpa – (preferencialmente entre 20 e 28 semanas, e no máximo até 36 semanas de gestação);

- Agendar SCR após o parto.

• **Vacina contra a hepatite B:** caso a gestante não tenha sido seja vacinada, deve tomar três doses para ficar protegida, iniciando no primeiro trimestre.

• **Vacina contra gripe (influenza):** recomenda-se para toda gestante puérpera durante a campanha de vacinação.

• **Vacina contra Covid-19 (Sars Cov2):** toda gestante e puérpera deverá receber o esquema recomendado, segundo protocolo do Ministério da Saúde.

Tabela 1. Calendário de vacinação da gestante

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DA GESTANTE							
VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	NÚMERO DE DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO
Hepatite B (HB-recombinante)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal			2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 6 meses após 1ª dose	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após 1ª dose
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	A cada 10 anos. Ferimentos graves, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos		60 dias	30 dias após dT
Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa-acelular)	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico (teor reduzido)+tetânico+pertussis (acelular) purificados	Uma dose	Uma dose a cada gestação	Gestantes a partir da 20ª semana de gravidez e puérperas até 45 dias	60 dias após a dT	30 dias após dT



8. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO MÉDICO OU ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

8.1 SUPLEMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO

Ácido fólico (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia
Ácido fólico 5mg	Tomar 01 comprimido, 01 vez ao dia até 12 semanas de gestação.

Sulfato ferroso (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia	Observação
Sulfato ferroso 40mg	Tomar 01 comprimido, 01 vez ao dia desde a confirmação da gravidez até 03 meses após o parto.	Orienta-se que a ingestão seja realizada antes das refeições, de preferência com suco de frutas cítricas.

Polivitamínico (Prescrição Médica)

Fármaco	Posologia	Observação
Polivitamínico (A critério médico)	Tomar 01 comprimido, 01 vez ao dia desde a confirmação da gravidez	Orienta-se que a ingestão seja realizada antes das refeições.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

8.2 MEDICAMENTOS PARA INTERCORRÊNCIAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

Anemia (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia	Observação
Sulfato ferroso (200mg o que equivale a 40mg de ferro elementar)	Tomar 02 comprimidos antes do café, 02 comprimidos antes do almoço e 01 comprimido antes do jantar, de preferência com suco de frutas cítricas.	<ul style="list-style-type: none">• Orienta-se que a ingestão seja realizada antes das refeições;• O tratamento deve ser realizado por 30 a 60 dias ou a critério médico;• Após 30 dias de tratamento repetir o hemograma;• Em caso de desconfortos gástricos, diagnóstico de má-laria ou parasitoses intestinais, encaminhe a paciente para uma avaliação médica.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Cefaleia (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia	Observação
Paracetamol 500mg (comprimido) ou Paracetamol 200mg/ml (solução oral)	Tomar 01 comprimido de 8/8 horas Tomar 40 gotas de 8/8 horas	<ul style="list-style-type: none">• É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia, monitorando a pressão arterial;• Orientar quanto ao repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;• Conversar com as gestantes sobre as suas tensões, conflitos e temores;• Se recorrente, encaminhar para consulta médica.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Dor abdominal e cólica (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia	Observação
Escopolamina Butilbrometo 10mg (comprimido) ou Escopolamina Butilbrometo 10mg (solução oral)	Tomar 01 comprimido de 8/8 horas Tomar 40 gotas de 8/8 horas	<ul style="list-style-type: none">• Gestante com queixas de dor abdominal e cólicas SEM a presença de sinais de alerta. Orientar e tranquilizar a gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma. O medicamento só deve ser prescrito em caso de queixa persistente;• Sinais de alerta: dor em região pélvica de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas, sangramento vaginal, sintomas sistêmicos e sinais de abdome agudo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Flatulência (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia	Observação
Dimeticona (40 a 80mg) (comprimido) ou Dimeticona 75mg/ml (solução oral)	Tomar 01 comprimido de 6/6 horas Tomar 40 gotas de 8/8 horas	<ul style="list-style-type: none">• Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação;• Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve);• Fazer caminhadas leves (se não forem contra indicadas);• Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Náusea e vômito (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia	Observação
Dimenidrinato+Piridoxina 25+5mg/ml (solução oral)	Tomar 40 gotas de 8/8 horas	Antes de realizar a prescrição medicamentosa é importante orientar sobre: Fazer alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia, alimentar-se logo ao acordar, evitar jejum prolongado, variar refeições conforme a tolerância individual, comer devagar e mastigar bem os alimentos, dar preferência a alimentos pastosos e secos, evitar alimentos gordurosos e condimentados, evitar doces com grande concentração de açúcar, evitar alimentos com odor forte, manter boa ingestão de água e outros líquidos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Candidíase (Prescrição Médica/Enfermagem)

Fármaco	Posologia
Miconazol creme 2% (creme vaginal), ou	Aplicar á noite, via vaginal, ao deitar-se, por 07 dias
Nistatina 100.000 UI (creme vaginal)	Aplicar á noite, via vaginal, ao deitar-se, por 07 dias
<ul style="list-style-type: none">•Escolha um dos medicamentos citados. Não há necessidade de associação de fármacos;•Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal, o tratamento oral está contra indicado;•Em caso de recorrência, encaminhar para o ginecologista.	

Vaginose (Prescrição Médica)

Fármaco	Posologia
Metronidazol 250mg (comprimido)	Tomar 02 comprimidos, de 12/12 horas por 07 dias
Metronidazol 100mg/g (gel vaginal)	Aplicar via vaginal, á noite ao deitar-se, por 07-10 dias
<ul style="list-style-type: none">•Realizar tratamento após o 1º trimestre;•Para as puérperas e lactantes, recomenda-se o mesmo tratamento da gestante.	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Trichomonas Vaginalis (Prescrição Médica)

Fármaco	Posologia
Metronidazol 400mg (comprimido), ou	Tomar 05 comprimidos, Dose única (dose total 2g).
Metronidazol 250mg (comprimido)	Tomar 02 comprimidos de 12/12 horas, por 07 dias.
Metronidazol 100mg/g (gel vaginal)	Aplicar via vaginal, á noite ao deitar-se, por 07-10 dias

- Realizar tratamento após o 1º trimestre;
- As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico;
- O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital no recém nascido;
- Para as puérperas e lactantes recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes;
- Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais.



Sífilis (Prescrição Médica/Enfermagem)

Estadiamento	Fármaco	Posologia
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até 1 ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI	IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 02 semanas Dose total: 2,4 milhões UI
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de 01 ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI	IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 03 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI

•Realizar notificação;

•A Benzilpenicilina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado da sífilis na gestante;

•O parceiro sexual deve ser tratado;

•O intervalo entre as doses deve ocorrer a cada 07 dias, quando houver perda de 01 dose, o tratamento deverá ser reiniciado;

•O monitoramento para a gestante deve ser feito com teste não treponêmico (VDRL mensalmente).

Obs. A penicilina é a única droga que atravessa a barreira placentária e trata a mãe e feto, sendo tratamento mais recomendável.

Para as gestantes com alergia a penicilina, deverá ser realizado a dessensibilização e o tratamento com penicilina. Somente na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, o tratamento deverá ser feito com Ceftriaxona.

ENCAMINHAR PARA DESSENSIBILIZAÇÃO – CONTATO COM A REGULAÇÃO

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA OBRIGATÓRIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

9. TOXOPLASMOSE

Definição: A toxoplasmose é uma infecção causada por um protozoário chamado “Toxoplasma Gondii”, encontrado nas fezes de gatos e outros felinos, que pode se hospedar em humanos e outros animais. É causada pela ingestão de água ou alimentos contaminados e é uma das zoonoses (doenças transmitidas por animais) mais comuns em todo o mundo. Os casos agudos são, geralmente, limitados e com baixas incidências. A fase aguda da infecção tem cura, mas o parasita persiste por toda a vida da pessoa e pode se manifestar ou não em outros momentos, com diferentes tipos de sintomas. Quanto à infecção crônica, a taxa de incidência é baixa até os cinco anos de idade e começa a aumentar a partir dos 20.

Sintomas: A maioria das pessoas infectadas pela primeira vez não apresenta sintomas e, por isso, não precisam de tratamentos específicos. No entanto, a doença pode trazer complicações, como sequelas pela infecção congênita (transmitida da gestante para o bebê), toxoplasmose ocular, toxoplasmose grave e toxoplasmose cerebral. Em indivíduos que estejam com o sistema imunológico comprometido, como transplantados, pacientes infectados com o HIV ou em tratamento oncológico a doença pode evoluir para gravidade. Os sinais e sintomas da toxoplasmose são variáveis e associados ao estágio da infecção (agudo ou crônico).

Os sinais e sintomas normalmente são leves, similares à gripe e podem incluir dores musculares, fadiga, falta de apetite, febre e alterações nos gânglios linfáticos.

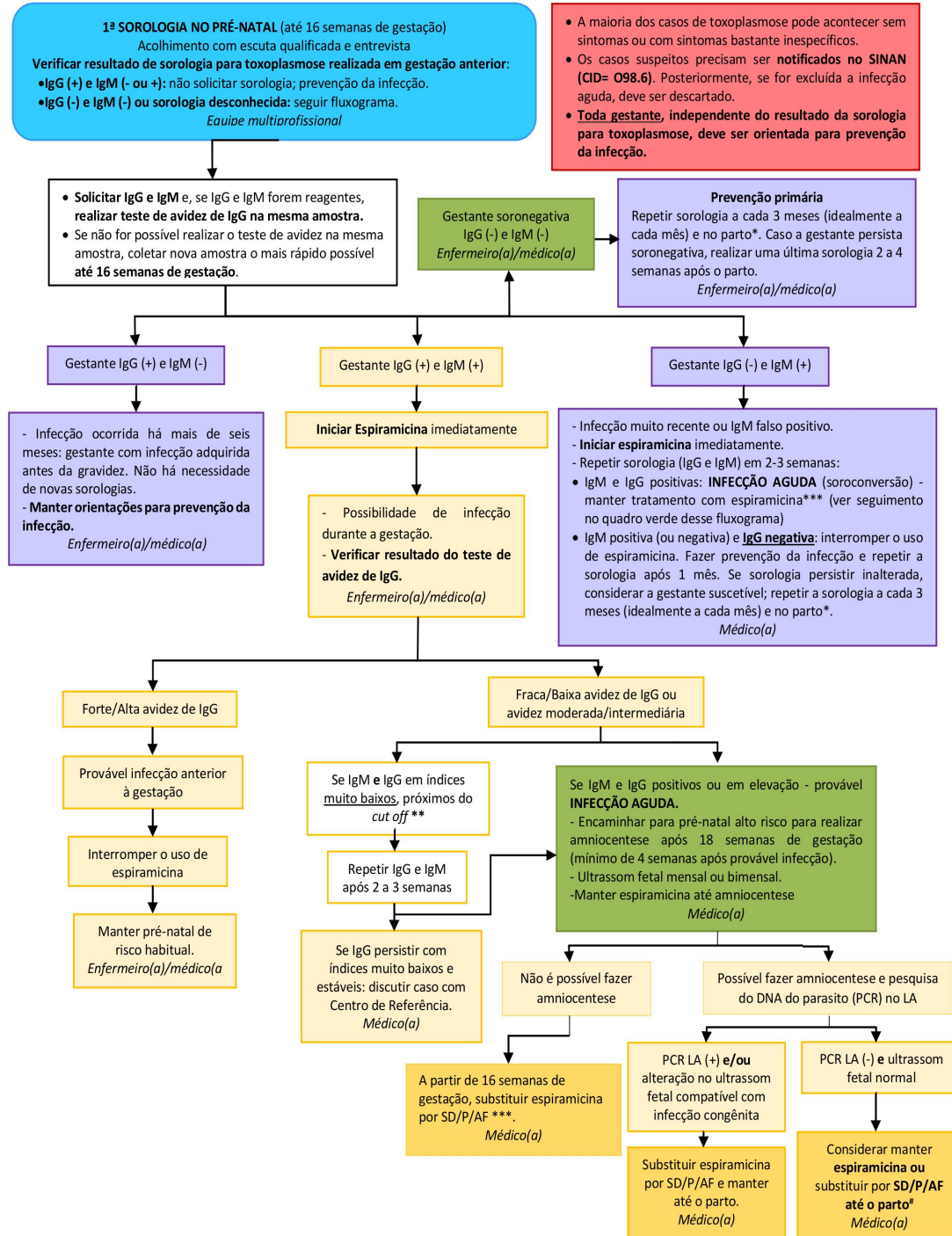
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA OBRIGATÓRIA

Obs. As medicações para tratamento de Toxoplasmose são de responsabilidade do Estado e o município solicita quando há casos. Somente o médico poderá fazer a prescrição das medicações.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

FLUXOGRAMA 1 - TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA ATÉ 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO (aplica-se a gestantes imunocompetentes)



*A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

** Possibilidade de ser IgM residual. A avidez de IgG também pode persistir baixa por longo tempo em alguns casos.

*** Se a infecção fetal for confirmada no primeiro trimestre de gestação (alteração no ultrassom fetal), o que é raro; antes de 14 semanas de gestação trocar para apenas sulfadiazina; após 14 semanas iniciar diretamente com SD+P+AF ou acrescentar P+AF, se já vinha usando a sulfa.

Recomenda-se que infecções adquiridas no terceiro trimestre de gestação sejam tratadas com SD+P+AF independentemente do resultado do PCR em LA.

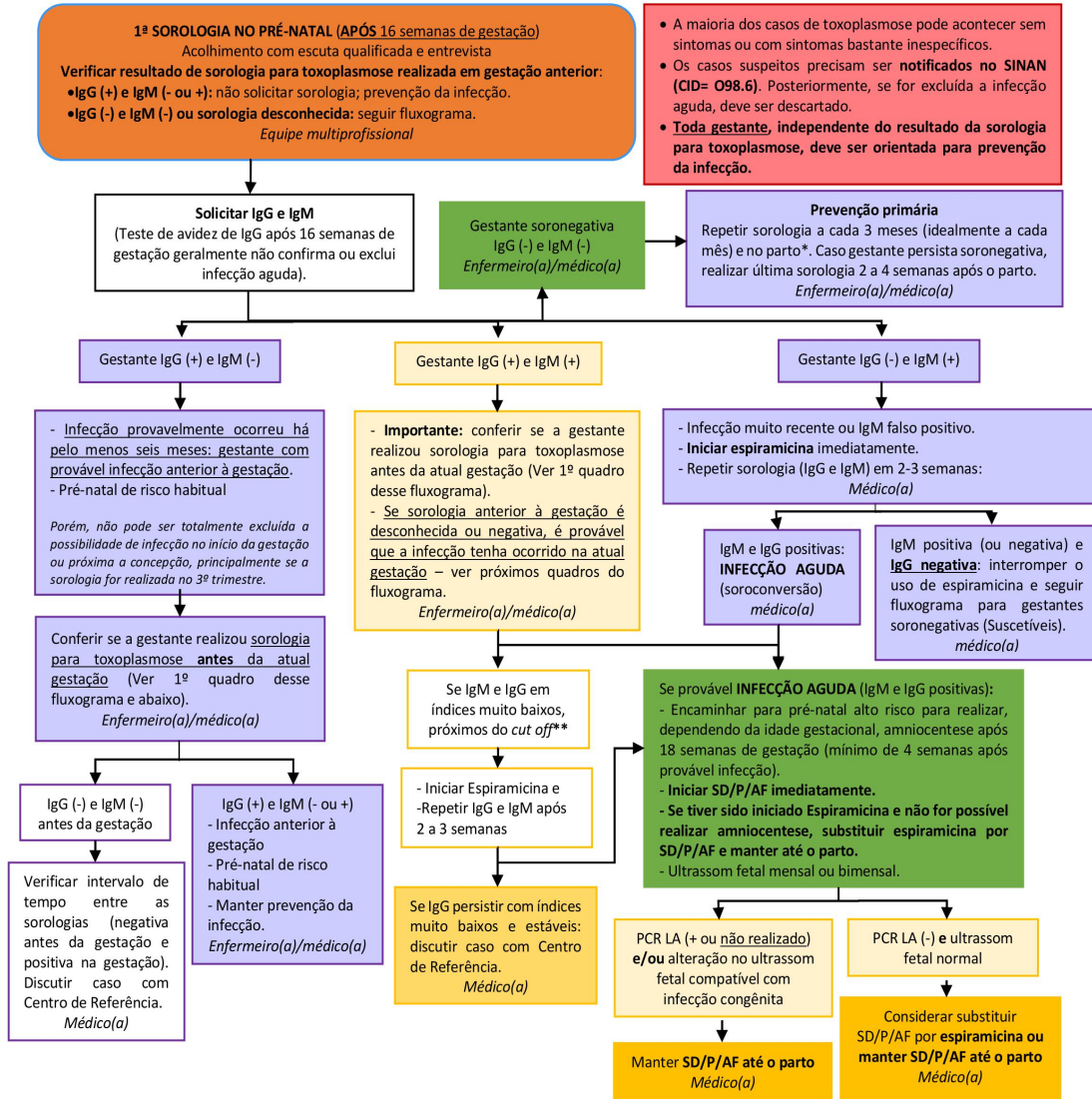
SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Fólico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

FLUXOGRAMA 2 - TRIAGEM DA TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL: PRIMEIRA SOROLOGIA REALIZADA COM MAIS DE 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO (aplica-se a gestantes imunocompetentes)



* A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

** Possibilidade de ser IgM residual.

SD – Sulfadiazina; P – Pirimetamina; AF – Ácido Fólico; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; LA – Líquido Amniótico

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

Observações aplicáveis aos fluxogramas de triagem pré-natal com primeira sorologia realizada até 16 semanas e após 16 semanas de gestação:

- 1) Soroconversão é a mudança do perfil sorológico da gestante de IgG e IgM não reagentes para IgG e IgM reagentes, e significa **INFECÇÃO AGUDA**.
- 2) Valor de corte (ou **cut-off** em inglês) é um valor numérico, utilizado em análises toxicológicas e análises clínicas onde, os resultados das amostras que estão abaixo deste valor, são considerados negativos (não detectado/não reagente); e os resultados acima desse valor são considerados positivos (detectado/reagente).
- 3) Sempre que for necessário comparar valores dos anticorpos na sorologia, utilize o mesmo laboratório e método.
- 4) Gestante imunocompetente com IgG positiva em gestação anterior – risco fetal insignificante e tratamento desnecessário.
- 5) Se IgG é indeterminado e IgM negativo – repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas. Se o resultado se repetir, considerar a gestante suscetível. Se o resultado nessa nova amostra for IgG positivo e IgM persistir negativo – considerar infecção anterior à gestação.

RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERÊNCIA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO: INTERPRETAÇÃO, CONDUTA E SEGUIMENTO, FRENTE A RESULTADOS DE SOROLOGIA IGG E IGM, CONFORME IDADE GESTACIONAL					
SITUAÇÃO 1: primeira sorologia até 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 2: primeira sorologia após 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 3: sorologias subsequentes, após a primeira ser negativa.					
SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA	SEGUIMENTO
	IgG	IgM			
SITUAÇÃO 1 Primeira sorologia até 16 semanas de gestação	Positiva	Negativa	Infecção ocorrida há mais de 6 meses: gestante com infecção adquirida antes da gravidez.	Não há necessidade de novas sorologias. Manter orientações para prevenção da infecção.	Pré-natal de risco habitual.
	Negativa	Negativa	Gestante suscetível.	Reforçar medidas de prevenção primária.	Repetir sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), e no parto*, e, caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
	Observação: Diante de resultados indeterminados de IgG e/ou IgM, repetir o exame em nova amostra, se possível utilizando um teste mais sensível e confiável.	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação.	<p>Iniciar espiramicina imediatamente</p> <p>Realizar teste de avidez de IgG na mesma amostra. Se impossível realizar o teste de avidez na mesma amostra, coletar nova amostra o mais rápido possível até 16 semanas de gestação, pois a realização do teste de avidez de IgG após 16 semanas geralmente não permite a confirmação ou exclusão da infecção aguda.</p>
<p>Forte/Alta avidez de IgG: Provável infecção anterior à gestação. Não há necessidade de repetir a sorologia. Interromper o uso de espiramicina. Manter orientações sobre medidas de prevenção.</p> <p>Fraca/Baixa avidez de IgG ou avidez moderada/intermediária#</p>					<p>Se IgM e IgG em índices muito baixos, próximos do cut off: Repetir IgG e IgM após 2 a 3 semanas (** (ver SEGUIMENTO)).</p> <p>Se IgM e IgG positivos: provável INFECÇÃO AGUDA. Encaminhar para pré-natal de alto risco.</p>

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO: INTERPRETAÇÃO, CONDUTA E SEGUIMENTO, FRENTE A RESULTADOS DE SOROLOGIA IGG E IGM, CONFORME IDADE GESTACIONAL						
SITUAÇÃO 1: primeira sorologia até 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 2: primeira sorologia após 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 3: sorologias subsequentes, após a primeira ser negativa.						
SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA	SEGUIMENTO	
	IgG	IgM				
SITUAÇÃO 1 (continuação)	Negativa	Positiva	Infecção muito recente (ainda sem IgG) ou IgM falso-positivo.	<p>Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2 a 3 semanas.</p>	<p>IgM (+ ou -) e IgG (-): Falso-positivo de IgM. Interromper o uso de espiramicina. Prevenção primária da infecção.</p>	<p>Repetir a sorologia após 1 mês. Se a sorologia persistir inalterada, considerar a gestante SUSCETÍVEL e repetir a sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto*, e, caso gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.</p>
				<p>IgM (+) e IgG (+): INFECÇÃO AGUDA (soroconversão). Manter tratamento com espiramicina (ver SEGUIMENTO). Encaminhar para pré-natal de alto risco</p>	<p>Ecografia fetal mensal ou bimensal No pré-natal de alto risco, realizar amniocentese após 18 semanas de gestação (mínimo 4 semanas após provável infecção) e pesquisar o DNA do parasito (PCR): PCR LA (+) e/ou alteração na ecografia fetal compatível com infecção congênita: se a alteração ocorrer no 1º trimestre, considerar possibilidade de iniciar SD+P+AF após 14 semanas de gestação. Manter SD+P+AF até o parto. PCR LA (-) e ecografia fetal normal: Considerar substituir SD/P/AF por espiramicina se infecção fetal na primeira metade da gestação. Infecção fetal na 2ª metade da gestação, principalmente no último trimestre - manter SD/P/AF até o parto, mesmo com PCR (-) e US normal. Na impossibilidade de realizar PCR em LA, substituir espiramicina por SD+P+AF após 16 semanas de gestação e manter até o parto.</p> <p>Investigação completa do RN.</p>	
SITUAÇÃO 2 Primeira sorologia após 16 semanas de gestação	Positiva	Negativa	Infecção ocorrida há mais de 6 meses: gestante com infecção adquirida provavelmente antes da gravidez.	<p>Importante: conferir se a gestante realizou sorologia para toxoplasmose antes da atual gestação.</p>	<p>Sorologia antes da atual gestação IgG (-) e IgM (-) ou sorologia desconhecida. (Não pode ser excluída, com segurança, a ocorrência de infecção no início da gestação ou próximo da concepção, principalmente se a sorologia foi realizada no 3º trimestre).</p> <p>Manter orientações sobre medidas de prevenção.</p>	<p>Pré-natal de risco habitual.</p> <p>Discutir caso com Centro de Referência se forem observadas alterações no feto sugestivas de infecção congênita.</p>
				<p>Sorologia antes da atual gestação IgG (+) e IgM (- ou +): Infecção anterior à gestação. Não há necessidade de novas sorologias. Manter orientações para prevenção da infecção.</p>	<p>Pré-natal de risco habitual.</p>	
	Negativa	Negativa	Gestante suscetível.	Reforçar medidas de prevenção primária.	Repetir sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês) e no parto*, e, caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO: INTERPRETAÇÃO, CONDUTA E SEGUIMENTO, FRENTE A RESULTADOS DE SOROLOGIA IGG E IGM, CONFORME IDADE GESTACIONAL						
SITUAÇÃO 1: primeira sorologia até 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 2: primeira sorologia após 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 3: sorologias subsequentes, após a primeira ser negativa.						
SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA		SEGUIMENTO
	IgG	IgM				
SITUAÇÃO 2 (continuação)	Positiva	Positiva	<p>Toxoplasmose possivelmente ocorreu durante a gestação.</p> <p>Importante: conferir se a gestante realizou sorologia para toxoplasmose antes da atual gestação (Ver "abordagem inicial" na introdução deste documento).</p>	<p>IgM e IgG positivos: provável INFECÇÃO AGUDA.</p>	<p>Iniciar SD/P/AF imediatamente.</p> <p>Encaminhar para pré-natal de alto risco.</p>	<p>Ecografia fetal mensal ou bimensal</p> <p>Realizar amniocentese após 18 semanas de gestação (mínimo de 4 semanas após provável infecção):</p> <ul style="list-style-type: none"> PCR LA (+) e/ou alteração na ecografia fetal compatível com infecção congênita: Manter SD+P+AF até o parto. PCR LA (-) e ecografia fetal normal: Considerar substituir SD/P/AF por espiramicina, se infecção ocorrida nos primeiros meses de gestação, ou manter SD/P/AF até o parto, principalmente nas infecções ocorridas no último trimestre de gestação. <p>Na impossibilidade de realizar amniocentese, manter SD/P/AF até o parto.</p> <p>Investigação completa do RN.</p>
	Negativa	Positiva	<p>Infecção muito recente (ainda sem IgG) ou IgM falso-positivo.</p>	<p>Iniciar espiramicina⁹ imediatamente.</p> <p>Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2 a 3 semanas.</p>	<p>Se, resultado dessa segunda amostra: IgM (+ ou -) e IgG (-): Falso-positivo de IgM. Interromper o uso de espiramicina. Prevenção primária da infecção.</p> <p>Se, resultado dessa segunda amostra: IgM (+) e IgG (+): INFECÇÃO AGUDA (soroconversão). Substituir espiramicina por SD+P+AF e manter esse esquema até o parto.</p> <p>Encaminhar para pré-natal de alto risco.</p> <p>Obs.: Lembrar que as infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo de a amniocentese poder ser dispensada no último trimestre de gestação, pois independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com SD+P+AF até o parto.</p>	<p>Considerar gestante suscetível e repetir a sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto e, caso gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.</p> <p>Ecografia fetal mensal ou bimensal</p> <p>Realizar, amniocentese após 18 semanas de gestação (mínimo de 4 semanas após provável infecção):</p> <ul style="list-style-type: none"> PCR LA (+) e/ou alteração na ecografia fetal compatível com infecção congênita: Manter SD+P+AF até o parto. PCR LA (-) e ecografia fetal normal: Avaliar idade gestacional e risco fetal ao considerar substituir SD/P/AF por espiramicina. Nas infecções adquiridas no último trimestre, a maioria dos estudiosos recomenda manter SD/P/AF até o parto, independente do resultado da PCR em LA <p>Na impossibilidade de realizar amniocentese, manter SD/P/AF até o parto.</p> <p>Investigação completa do RN.</p>

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO: INTERPRETAÇÃO, CONDUTA E SEGUIMENTO, FRENTE A RESULTADOS DE SOROLOGIA IGG E IGM, CONFORME IDADE GESTACIONAL						
SITUAÇÃO 1: primeira sorologia até 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 2: primeira sorologia após 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 3: sorologias subsequentes, após a primeira ser negativa.						
SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA		SEGUIMENTO
	IgG	IgM				
SITUAÇÃO 3 Amostras subsequentes, na gestante inicialmente suscetível: IgG (-) / IgM (-)	Positiva	Negativa	Discordância no resultado de IgG.	<p>Repetir sorologia, se possível, em laboratório de referência, incluindo teste de avididade de IgG na mesma amostra, se IgG e IgM forem reagentes. (A soroconversão na ausência de IgM é rara).</p>	<p>IgG (-) e IgM (-): Gestante suscetível. Reforçar medidas de prevenção primária.</p>	<p>Repetir sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto e, caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.</p>
					<p>IgG (+) e IgM (-): Infecção provavelmente muito antiga ou infecção aguda na ausência de IgM (rara). Discutir o caso com Centro de Referência.</p>	<p>Pré-natal de risco habitual</p> <p>Atenção a alterações na evolução do pré-natal e avaliação do recém-nascido</p>
					<p>Manter orientações para prevenção da infecção</p>	<p>Seguir orientações do Centro de Referência quanto ao encaminhamento para unidade de pré-natal de alto risco e esquema terapêutico utilizado. Investigação completa do RN.</p>
	Negativa	Negativa	Gestante suscetível.	Reforçar medidas de prevenção primária.	<p>IgG (+) e IgM (+): provável infecção aguda se avididade de IgG for baixa.</p> <p>Iniciar espiramicina e discutir o caso com Centro de Referência.</p>	<p>Repetir sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto e, caso gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.</p>
Positiva	Positiva	INFECÇÃO AGUDA (soroconversão)	<p>Iniciar espiramicina (se Ig ≤ 16 semanas) ou SD+P+AF (se IG > 16 semanas) imediatamente.</p> <p>Encaminhar para pré-natal de alto risco.</p> <p>Obs.: Lembrar que as infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo de a amniocentese poder ser dispensada no último trimestre de gestação, pois independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com SD+P+AF até o parto.</p>	<p>Ecografia fetal mensal ou bimensal</p> <p>Se a soroconversão ocorreu antes das 16 semanas de gestação, manter a espiramicina até realização da amniocentese com 18 semanas de IG. Se soroconversão ocorreu após 16 semanas de gestação, manter SD+P+AF até a realização da amniocentese (após 18 semanas de gestação e 4 semanas da data provável da infecção).</p> <p>Lembrar que as infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo de a amniocentese poder ser dispensada no último trimestre de gestação, pois independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com SD+P+AF até o parto.</p> <p>Se amniocentese for realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> PCR LA (+) e/ou alteração na ecografia fetal compatível com infecção congênita: Manter SD+P+AF até o parto. PCR LA (-) e ecografia fetal normal: Considerar substituir SD/P/AF por espiramicina após avaliar idade gestacional e risco fetal. <p>Na impossibilidade de realizar amniocentese, manter SD/P/AF até o parto.</p> <p>Investigação completa do RN.</p>		



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
 Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO: INTERPRETAÇÃO, CONDUTA E SEGUIMENTO, FRENTE A RESULTADOS DE SOROLOGIA IGG E IGM, CONFORME IDADE GESTACIONAL						
SITUAÇÃO 1: primeira sorologia até 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 2: primeira sorologia após 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 3: sorologias subsequentes, após a primeira ser negativa.						
SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA		SEGUIMENTO
	IgG	IgM				
SITUAÇÃO 3 (continuação)	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso-positivo.	Iniciar espiramicina ⁵ imediatamente. Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2 a 3 semanas.	IgM (+ ou -) e IgG (-): Falso-positivo de IgM. Interromper o uso de espiramicina. Prevenção primária da infecção. IgM (+) e IgG (+): INFECÇÃO AGUDA (soroconversão). Manter tratamento com espiramicina (se IG ≤ 16 semanas) ou substituir espiramicina por SD+P+AF (se IG > 16 semanas). Encaminhar para pré-natal de alto risco.	Repetir a sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto e, caso gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto. Ecografia fetal mensal ou bimensal Se a soroconversão ocorreu antes das 16 semanas de gestação, manter a espiramicina até realização da amniocentese com 18 semanas de IG. Se soroconversão ocorreu após 16 semanas de gestação, manter SD+P+AF até a realização da amniocentese (após 18 semanas de gestação e 4 semanas da data provável da infecção). Ver *** Se amniocentese for realizada: • PCR IA (+) e/ou alteração na ecografia fetal compatível com infecção congênita: Manter SD+P+AF até o parto. • PCR IA (-) e ecografia fetal normal: Considerar substituir SD/P/AF por espiramicina após avaliar idade gestacional e risco fetal. Na impossibilidade de realizar amniocentese, manter SD/P/AF até o parto. Investigação completa do RN.

SD - Sulfadiazina; P - Pirimetamina; AF - Ácido Fólico; PCR - Reação em Cadeia da Polimerase; LA - Líquido Amniótico; IG - Idade Gestacional; RN - recém-nascido

*A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

** É possível que seja IgM residual. A baixa avidez também pode persistir por longo tempo em alguns casos.

Lembrar que nas primeiras semanas de gestação o risco de transmissão vertical é baixo, mas, se ocorrer, a infecção fetal pode ser grave.

& O risco de infecção, nesse caso, é muito, muito pequeno. Essa informação vale como um alerta para não excluir toxoplasmose se alguma alteração sugestiva de infecção congênita for vista no feto ou RN.

§ Aguardar resultado positivo de IgG para confirmação da infecção e início do tratamento clássico (SD+P+AF).

*** As infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo de a amniocentese poder ser dispensada no último trimestre de gestação, pois independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com SD+P+AF até o parto.

OBSERVAÇÕES:

1) Soroconversão é a mudança do perfil sorológico da gestante de IgG e IgM não reagentes para IgG e IgM reagentes, e significa **INFECÇÃO AGUDA**.

2) Valor de corte (ou **cut-off** em inglês) é um valor numérico, utilizado em análises toxicológicas e análises clínicas onde, os resultados das amostras que estão abaixo deste valor, são considerados negativos (não detectado/não reagente); e os resultados acima desse valor são considerados positivos (detectado/reagente).

3) Sempre que for necessário comparar valores dos anticorpos na sorologia, utilize o mesmo laboratório e método.

4) Gestante imunocompetente com IgG positiva em gestação anterior – risco fetal insignificante e tratamento desnecessário.

5) Se IgG é indeterminado e IgM negativo – repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas. Se o resultado se repetir, considerar a gestante suscetível. Se o resultado nessa nova amostra for IgG positivo e IgM persistir negativo – considerar infecção anterior à gestação.

O ACOMPANHAMENTO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DEVERÁ SER COMPARTILHADO COM A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, PARA AUMENTAR A ADEÇÃO DA GESTANTE ÀS CONDUTAS ADOTADAS E AVALIAR EFEITO ADVERSO DOS MEDICAMENTOS.

RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERÊNCIA.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012 com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO: INTERPRETAÇÃO, CONDUTA E SEGUIMENTO, FRENTE A RESULTADOS DE SOROLOGIA IGG E IGM, CONFORME IDADE GESTACIONAL					
SITUAÇÃO 1: primeira sorologia até 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 2: primeira sorologia após 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 3: sorologias subsequentes, após a primeira ser negativa.					
SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA	SEGUIMENTO
	IgG	IgM			
SITUAÇÃO 3 Amostras subsequentes, na gestante inicialmente suscetível: IgG (-) / IgM (-)	Positiva	Negativa	Discordância no resultado de IgG.	IgG (-) e IgM (-): Gestante suscetível. Reforçar medidas de prevenção primária.	Repetir sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto e, caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
				IgG (+) e IgM (-): Infecção provavelmente muito antiga ou infecção aguda na ausência de IgM (rara). Discutir o caso com Centro de Referência.	Pré-natal de risco habitual
	Negativa	Negativa	Gestante suscetível.	Reforçar medidas de prevenção primária.	Repetir sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto e, caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
Positiva	Positiva	INFEÇÃO AGUDA (soroconversão)	<p>Iniciar espiramicina (se IG ≤ 16 semanas) ou SD+P+AF (se IG > 16 semanas) imediatamente. Encaminhar para pré-natal de alto risco.</p> <p>Obs.: Lembrar que as infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo de a amniocentese poder ser dispensada no último trimestre de gestação, pois independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com SD+P+AF até o parto.</p>	<p>Manter orientações para prevenção da infecção</p> <p>IgG (+) e IgM (+): provável infecção aguda se avidez de IgG for baixa.</p> <p>Iniciar espiramicina e discutir o caso com Centro de Referência.</p>	<p>Ecografia fetal mensal ou bimensal</p> <p>Se a soroconversão ocorreu antes das 16 semanas de gestação, manter a espiramicina até realização da amniocentese com 18 semanas de IG. Se soroconversão ocorreu após 16 semanas de gestação, manter SD+P+AF até a realização da amniocentese (após 18 semanas de gestação e 4 semanas da data provável da infecção).</p> <p>Lembrar que as infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo de a amniocentese poder ser dispensada no último trimestre de gestação, pois independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com SD+P+AF até o parto.</p> <p>Se amniocentese for realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> PCR LA (+) e/ou alteração na ecografia fetal compatível com infecção congênita: Manter SD+P+AF até o parto. PCR LA (-) e ecografia fetal normal: Considerar substituir SD/P/AF por espiramicina após avaliar idade gestacional e risco fetal. <p>Na impossibilidade de realizar amniocentese, manter SD/P/AF até o parto.</p> <p>Investigação completa do RN.</p>

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO: INTERPRETAÇÃO, CONDUTA E SEGUIMENTO, FRENTE A RESULTADOS DE SOROLOGIA IGG E IGM, CONFORME IDADE GESTACIONAL					
SITUAÇÃO 1: primeira sorologia até 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 2: primeira sorologia após 16 semanas de gestação; SITUAÇÃO 3: sorologias subsequentes, após a primeira ser negativa.					
SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA	SEGUIMENTO
	IgG	IgM			
SITUAÇÃO 3 (continuação)	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso-positivo.	IgM (+ ou -) e IgG (-): Falso-positivo de IgM. Interromper o uso de espiramicina. Prevenção primária da infecção.	Repetir a sorologia pelo menos a cada 3 meses (idealmente a cada mês), no parto e, caso a gestante persista soronegativa, realizar última sorologia 2 a 4 semanas após o parto.
				<p>Iniciar espiramicina[§] imediatamente.</p> <p>Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2 a 3 semanas.</p> <p>IgM (+) e IgG (+): INFEÇÃO AGUDA (soroconversão).</p> <p>Manter tratamento com espiramicina (se IG ≤ 16 semanas) ou substituir espiramicina por SD+P+AF (se IG > 16 semanas).</p> <p>Encaminhar para pré-natal de alto risco.</p>	<p>Ecografia fetal mensal ou bimensal</p> <p>Se a soroconversão ocorreu antes das 16 semanas de gestação, manter a espiramicina até realização da amniocentese com 18 semanas de IG. Se soroconversão ocorreu após 16 semanas de gestação, manter SD+P+AF até a realização da amniocentese (após 18 semanas de gestação e 4 semanas da data provável da infecção). Ver ***</p> <p>Se amniocentese for realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> PCR LA (+) e/ou alteração na ecografia fetal compatível com infecção congênita: Manter SD+P+AF até o parto. PCR LA (-) e ecografia fetal normal: Considerar substituir SD/P/AF por espiramicina após avaliar idade gestacional e risco fetal. <p>Na impossibilidade de realizar amniocentese, manter SD/P/AF até o parto.</p> <p>Investigação completa do RN.</p>

SD - Sulfadiazina; P - Pirimetamina; AF - Ácido Fólico; PCR - Reação em Cadeia da Polimerase; LA - Líquido Amniótico; IG - Idade Gestacional; RN - recém-nascido

**A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação.

*** É possível que seja IgM residual. A baixa avidez também pode persistir por longo tempo em alguns casos.

§ Lembrar que nas primeiras semanas de gestação o risco de transmissão vertical é baixo, mas, se ocorrer, a infecção fetal pode ser grave.

& O risco de infecção, nesse caso, é muito, muito pequeno. Essa informação vale como um alerta para não excluir toxoplasmose se alguma alteração sugestiva de infecção congênita for vista no feto ou RN.

§ Aguardar resultado positivo de IgG para confirmação da infecção e início do tratamento clássico (SD+P+AF).

*** As infecções adquiridas nos últimos meses da gestação têm elevada taxa de transmissão, motivo de a amniocentese poder ser dispensada no último trimestre de gestação, pois independente do seu resultado, o feto deverá ser tratado com SD+P+AF até o parto.

OBSERVAÇÕES:

- Soroconversão é a mudança do perfil sorológico da gestante de IgG e IgM não reagentes para IgG e IgM reagentes, e significa **INFEÇÃO AGUDA**.
- Valor de corte (ou **cut-off** em inglês) é um valor numérico, utilizado em análises toxicológicas e análises clínicas onde, os resultados das amostras que estão abaixo deste valor, são considerados negativos (não detectado/não reagente); e os resultados acima desse valor são considerados positivos (detectado/reagente).
- Sempre que for necessário comparar valores dos anticorpos na sorologia, utilize o mesmo laboratório e método.
- Gestante imunocompetente com IgG positiva em gestação anterior – risco fetal insignificante e tratamento desnecessário.
- Se IgG é indeterminado e IgM negativo – repetir sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas. Se o resultado se repetir, considerar a gestante suscetível. Se o resultado nessa nova amostra for IgG positivo e IgM persistir negativo – considerar infecção anterior à gestação.

O ACOMPANHAMENTO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DEVERÁ SER COMPARTILHADO COM A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, PARA AUMENTAR A ADESÃO DA GESTANTE ÀS CONDUTAS ADOTADAS E AVALIAR EFEITO ADVERSO DOS MEDICAMENTOS.

RESULTADOS DISCORDANTES OU DUVIDOSOS DEVEM SER DISCUTIDOS COM CENTRO DE REFERÊNCIA.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012 com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.

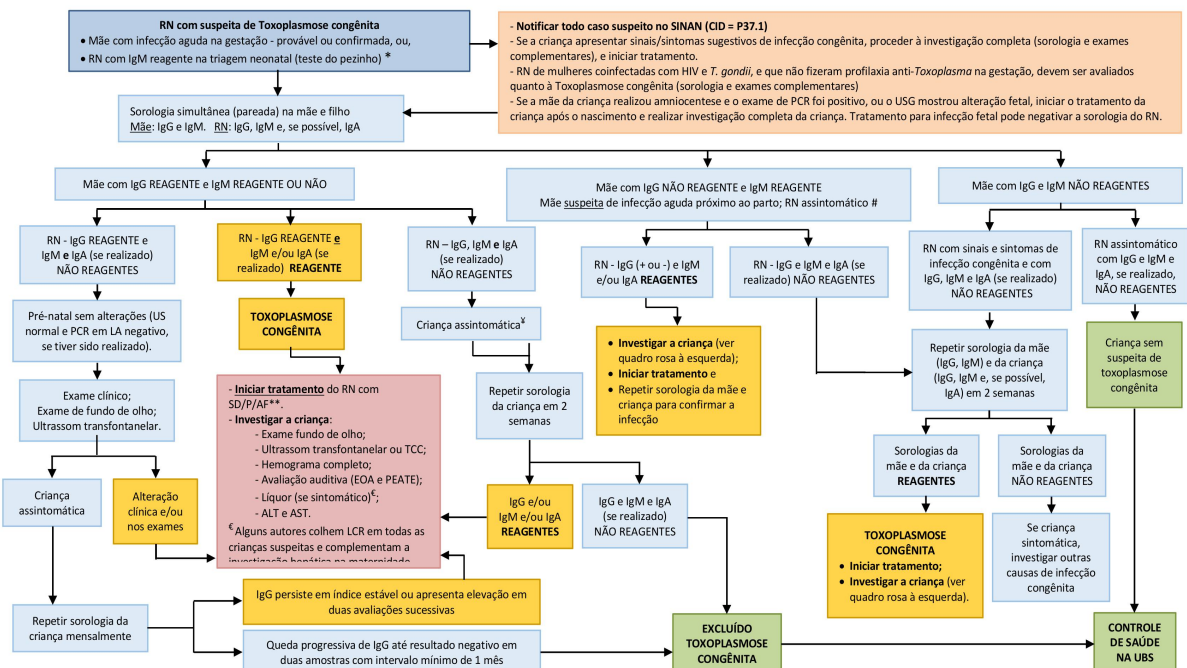


PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

FLUXOGRAMA 3 - AVALIAÇÃO E CONDUTAS PARA O RECÉM-NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA



* Resultado indeterminado em papel filtro não exclui a toxoplasmose congênita. Acompanhar a criança e investigar se houver suspeita de infecção congênita. Na dúvida, discutir com especialista.

Alguns autores sugerem que se a infecção aguda materna (soroc conversão) ocorreu no último trimestre de gestação, pode-se iniciar tratamento da criança, mesmo se assintomática e, a seguir, realizar a propedêutica.

^y Se RN sintomático e soronegativo para toxoplasmose, avaliar sorologias maternas, condições de nascimento da criança (como prematuridade), e discutir caso a caso.

RN – recém-nascido; USG – Ultrassom gestacional; TCC – Tomografia computadorizada do crânio; PCR – Reação em Cadeia da Polimerase; EOA – Emissões otoacústicas; PEATE ou BERA – Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico; ALT ou TGP – Alanina Aminotransferase; AST ou TGO – Aspartato Aminotransferase; SD/P/AF – Sulfadiazina/ Pirimetamina/Ácido Folínico

** Conforme Tabela 10 do Guia de Atenção ao Recém-Nascido. MS, 2014, disponível abaixo.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020a, com a coordenação das pesquisadoras e assessoras técnicas do Ministério da Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Tabela 10 – Medicamentos utilizados para tratamento da toxoplasmose congênita durante o primeiro ano de vida^{2,7}

Medicamento*	Posologia
Sulfadiazina [§] (comprimidos de 500mg)	100mg/kg/dia divididos em 2 doses diárias, durante 1 ano
Pirimetamina [§] (comprimidos de 25mg)	1mg/kg/dia em 1 dose diária, durante dois a seis meses, dependendo da intensidade do acometimento A seguir, 1mg/kg três vezes por semana, até completar 1 ano de utilização do medicamento
Ácido fólico [§] (comprimidos de 15mg)	10mg administrados três vezes por semana Na ocorrência de neutropenia: se <1000 neutrófilos/mm ³ , aumentar a dose para 20mg diários se <500 neutrófilos/mm ³ , suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação Manter por mais uma semana após interrupção do uso da pirimetamina Atenção: o ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido fólico
Prednisona ou prednisolona	1mg/kg/dia em duas doses diárias se houver retinocoroidite em atividade e/ou se proteinorraquia ≥ 1000mg/dL Utilizar sempre em associação com sulfadiazina e pirimetamina. Realizar retirada gradual após estabilização do processo inflamatório
Efeitos adversos	Neutropenia, anemia (frequentes), trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, reações de hipersensibilidade, intolerância gastrointestinal, cristalúria, erupção cutânea

*Utilização por via oral.

[§]Medicamentos disponíveis apenas sob a forma de comprimidos. Podem ser produzidas soluções em farmácias de manipulação com as seguintes concentrações:

- Sulfadiazina 100mg/mL.
- Pirimetamina 2mg/mL.
- Ácido fólico 5mg/mL (ou fracionamento para comprimidos com 5mg cada).

Recomenda-se observar cuidadosamente a icterícia clínica e monitorar os níveis de bilirrubina quando a sulfadiazina for utilizada em RN.

Referência: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf



10. IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D)

Apresentação: Rhophylac 300mcg (1500UI) – seringa preenchida

Classe terapêutica: Imunoglobulina

Indicação: Profilaxia de rotina antes do parto (prevenir a imunização devido a uma hemorragia fetomaternal espontânea durante o último trimestre de gravidez), profilaxia pós-parto (para prevenir a imunização da mãe Rh (D) negativa após o parto de uma criança Rh (D) positiva, complicações na gravidez, tratamento de pessoas Rh (D) negativas após transfusão incompatível de sangue Rh (D) positivo ou concentrado de eritrócitos e prevenção de imunização, em pessoas Rh (D) negativas, as quais por qualquer motivo receberam sangue ou componentes contendo sangue Rh (D) positivo.

Orientações gerais:

- O médico realiza a prescrição da Imunoglobulina e preenche a LME;
- O enfermeiro orienta a retirada na farmácia de alto custo em Mogi das Cruzes;
- Entregar a ficha de informações gerais onde consta documentos necessários para proceder a retirada;
- Orientar a levar caixa térmica ou bolsa térmica para retirar a Imunoglobulina;
- Deixar em temperatura ambiente antes da administração e observar após.
- Administrar intramuscular conforme orientação do fabricante;
- Retirar o adesivo da seringa e colar na caderneta de pré-natal da gestante e realizar anotação para informações no momento do parto.

Observações:

- Conservar em temperatura de 2° a 8° ao abrigo da luz;
- Condições para dispensação: na 28ª semana de gestação (considerar sua utilização até 34ª semana), nas síndromes hemorrágicas, após aborto ou óbito fetal, após procedimento invasivo, após realização de versão cefálica externa e ocorrência de transfusão sanguínea incompatível.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

ANEXO 01: SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D)

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde		
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA						
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)						
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)						
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE						
1-Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante				
3- Nome completo do Paciente*			5-Peso do paciente* kg			
4- Nome da Mãe do Paciente*			6-Altura do paciente* cm			
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						
9- CID-10*		10- Diagnóstico				
11- Anamnese*						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:						
13- Atestado de capacidade*						
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?						
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento						
14- Nome do médico solicitante*			Nome do responsável			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*		17- Assinatura e carimbo do médico*		
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante						
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____						
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*			20- Telefone(s) para contato do paciente			
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda						
21- Número do documento do paciente			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*			
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS						
22- Correio eletrônico do paciente						

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

ANEXO 02: IMUNOGLOBULINA- ANTI RH (D)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

IMUNOGLOBULINA – ANTI RH (D)

Isoimunização Rh em Gestantes

Resolução SS nº 199, de 06 de outubro de 2010 ([Resolução na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 300 mcg injetável – ampola

CIDs contemplados: O36.0, T80.4, Z34.9, Z35.9

Quantidade máxima:

- Para dispensação: 01 ampola

Responsável pelo financiamento: Secretaria de Estado da Saúde

Observações:

Conservar em temperatura de 2 e 8 °C, ao abrigo da luz.

Condições para dispensação: na 28ª semana de gestação (considerar sua utilização até a 34ª semana), nas síndromes hemorrágicas, após aborto ou óbito fetal, após trauma abdominal, após procedimento invasivo, após realização de versão cefálica externa e na ocorrência de transfusão sanguínea incompatível.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

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

IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D) – ISOIMUNIZAÇÃO RH EM GESTANTES (Atualizado em 03/01/2019)





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

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 28ª semana de gestação (considerar sua utilização até a 34ª 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);
- Após realização de versão cefálica externa;
- Na ocorrência de transfusão incompatível.

A critério do médico prescritor:

- Tipagem sanguínea com fator Rh do pai.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Renovação da continuidade

Não há recomendação para uso contínuo do medicamento.

IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D) – ISOIMUNIZAÇÃO RH EM GESTANTES (Atualizado em 03/01/2019)





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I – Declaração autorizadora;

II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;

III – Número de telefone do representante.

IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D) – ISOIMUNIZAÇÃO RH EM GESTANTES (Atualizado em 03/01/2019)





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

ANEXO 03: TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DE GLICOSÍMETRO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde

PROGRAMA HIPERDIA

TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA DE MONITORES DE GLICEMIA E INSUMOS PARA TRATAMENTO DE DIABETES

Eu _____, portador do Cartão Nacional de Saúde de número _____, morador na _____ número _____, CEP: _____ - _____ Fone: _____ - _____, Arujá – SP, recebi da Secretaria de Saúde de Arujá, na data de ____/____/2____, 01 (Um) KIT contendo: 01 (Um) Monitor de glicemia da Marca _____, número de série _____, 01 (Um) Lancetador, 10 (Dez) Fitas com área reagente, 10 (Dez) Lancetas, 01 (Um) Estojo e Manuais explicativos, sendo que recebi, também, insumos necessários para controle e tratamento mensal de Diabetes, nas seguintes quantidades: _____ Fitas, _____ Lancetas e _____ seringas.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do monitor a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Arujá. Do mesmo modo, também estou ciente que esse monitor e os insumos destinam-se exclusivamente ao meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela Equipe de Saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.

Comprometo-me a devolver o Monitor de Glicemia e o Lancetador em caso de desuso ou, quando solicitados, para reposição por monitor novo conforme as determinações a mim fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Fico ciente, também, de que, em caso de perda ou roubo dos materiais, deverá ser elaborado e apresentado Boletim de Ocorrência.

Arujá, ____ de _____ de 2 ____.

ASSINATURA DO PACIENTE OU DE SEU
RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
PELA UNIDADE

RG:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

Referências Bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio Libanês. Brasília, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes. Brasília, 2022.

Secretaria da Saúde de Guarulhos. Departamento de Assistência Integral da Saúde. Guia Prático de Pré-Natal da Atenção Básica. São Paulo, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Brasília, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013.


Brasil. Ministério da Saúde. Acesso em 30/09/2024: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose#:~:text=A%20toxoplasmose%20%C3%A9%20uma%20infec%C3%A7%C3%A3o,em%20humanos%20e%20outros%20animais>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Primária. Nota Técnica nº 100/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS. Brasília, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2014. Acesso em 30/09/2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Animal

	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Animal ATENÇÃO BÁSICA DE ARUJÁ PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL	DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL: Atenção Primária à Saúde	
		CODIFICAÇÃO 01	VERSÃO 1.0
TÍTULO: Protocolo de Pré-natal			
Elaborado: Coordenadora da Atenção Básica: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 – SP Diretor de Vigilância em Saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP	Revisado: Secretário Municipal de Saúde: Dr Leonardo Santos dos Reis CRM: 145.985		
Validado: Diretora Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 – SP	Página: 42	Data Imp.: Data Rev.:	

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	MOTIVO

Validado: Dir. Técnica de Saúde: Enfª Luciana Cristina de O. Baier COREN: 218.256 - SP	Elaborado: Enfª Patricia Dantas de Almeida COREN: 616.262 – SP Dir. de Vigilância em saúde: Enfº Fábio Santos Prianti de Carvalho COREN: 347.762 - SP	Revisão Data:
--	---	--------------------------------