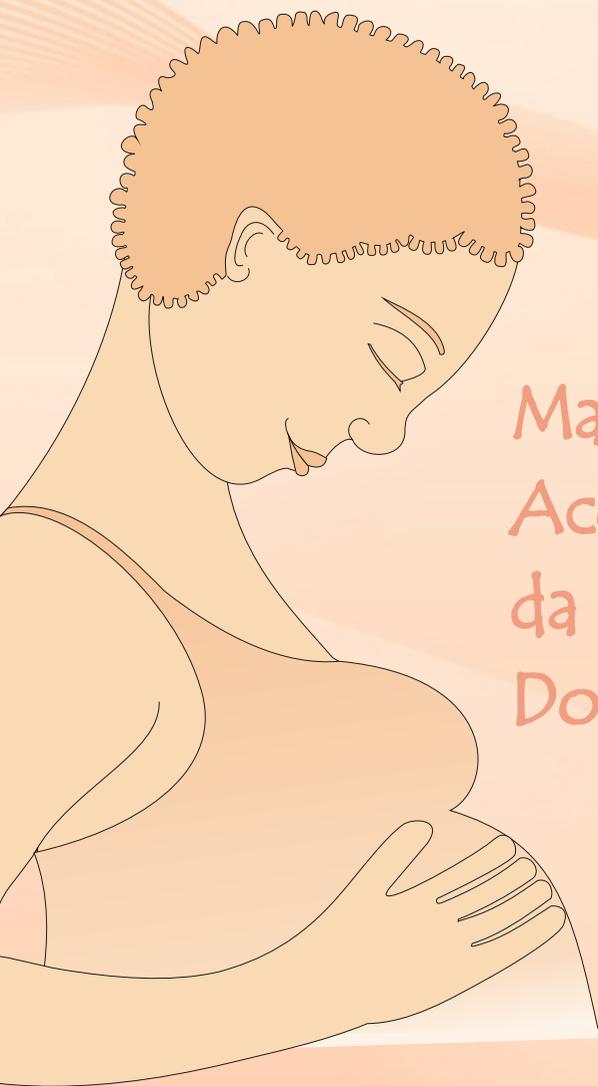


Ministério da Saúde
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD / FM / UFMG
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG
Fundação Hemominas
Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias – CEHMOB-MG
Projeto Aninha / CEHMOB-MG / NUPAD / FM / UFMG



Manual de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme

Ministério da Saúde
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD / FM / UFMG
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG
Fundação Hemominas
Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias – CEHMOB-MG
Projeto Aninha / CEHMOB-MG / NUPAD / FM / UFMG



Projeto Aninha

Cuidando da Gestante
com Doença Falciforme

CEHMOB-MG

Manual de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme

Este trabalho, patrocinado pelo Ministério da Saúde, por meio do CEHMOB-MG, é fruto de uma colaboração institucional entre a Fundação Hemominas, Faculdade de Medicina da UFMG (NUPAD) e os serviços de gestação de alto risco de Belo Horizonte e Região Metropolitana, visando à atenção integral às gestantes com doença falciforme.

Belo Horizonte
NUPAD / FM / UFMG
2009

© CEHMOB-MG, Fundação HEMOMINAS, NUPAD / FM / UFMG

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Instituições:

Ministério da Saúde / SAS / CPNSH
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG
Fundação Hemominas
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD / FM / UFMG
Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias – CEHMOB-MG

Cooperação Institucional:

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias / CPNSH / SAS / MS
Joice Aragão de Jesus

Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – SES-MG

Marta Alice Venâncio Romanini
Márcia Rovena de Oliveira
Maria Elice Neri Procópio

Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico

NUPAD / FM / UFMG

José Nelo Januario

Fundação Hemominas

Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti
Júnia Guimarães Mourão Cioffi

Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias – CEHMOB-MG

José Nelo Januario
Mitiko Murao
Milza Cintra Januario
Valéria de Abreu e Silva

Setor de Geração de Alto Risco do HC / UFMG

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Serviço de Geração de Alto Risco do Hospital Odilon Behrens

Miriam Maria Souza
Carlos Nunes Senra
Sivana Santos Asseury Diniz

Hospital Júlia Kubitscheck – FHEMIG

Coordenação da Unidade da Maternidade e Bloco Obstétrico
Maria do Rosário Pereira Gonçalves

Secretaria Municipal de Saúde de Contagem

Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher
Fernanda Xavier de Paula

Organizadores:

Cláudia Maria Franco Ribeiro
Marcos Borato Viana
Milza Cintra Januario
Mitiko Murao
Patrícia Santos Resende Cardoso
Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Vanessa Maria Fenelon da Costa

Colaboradores: Cassiana Maria Valgas Bastos Cibelle Soares de Castro Brasileiro Cláudia Maria Franco Ribeiro Cristiane Miranda Rust Isabel Pimenta Spindola Castro Ivan Magalhães Xavier José Nelo Januario	Luiz Claudio Ferreira Romanelli Márcio Antônio Portugal Santana Marcos Borato Viana Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite Maurílio da Cruz Trigueiro Merupe Venancio Romanini Michelle Rosa Andrade Alves Milza Cintra Januario	Mitiko Murao Patrícia Santos Resende Cardoso Regina Amélia L. Pessoa de Aguiar Rogério Vicente Ferreira Sivana Santos Asseury Diniz Tatiana Domingues Oliveira Ferreira Valéria de Abreu e Silva Vanessa Maria Fenelon da Costa
---	--	--

Revisor: Marcos Borato Viana

Design Gráfico: Nathália Santiago

Normalização: Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite

Catálogo na fonte: Setor de Documentação – NUPAD / FM / UFMG

M 294m Manual de acompanhamento da gestante com doença falciforme / Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias – CEHMOB-MG [et al.]. – Belo Horizonte: NUPAD/ FM /UFMG, 2009. 50p. , il., 14,8x21cm

Instituições Responsáveis: Ministério da Saúde/CPNSH/SAS; Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Medicina; Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico- NUPAD; Setor de Geração de Alto Risco do HC/UFMG; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Fundação Hemominas; Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias – CEHMOB-MG; Serviço de Geração de Alto Risco do Hospital Odilon Behrens; Hospital Júlia Kubitscheck – FHEMIG - Coordenação da Unidade da Maternidade e Bloco Obstétrico; Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.

ISBN: 978-85-62352-01-0

1. Doença Falciforme. 2. Anemia Falciforme. 3. Complicações na Gravidez. 4. Complicações Hematológicas na Gravidez. I. Ministério da Saúde/CPNSH/SAS. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. III. Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico- NUPAD / FM / UFMG. IV. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. V. Fundação Hemominas. VI. Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias-CEHMOB- MG. VII. Setor de Geração de Alto Risco do HC/ UFMG. VIII. Serviço de Geração de Alto Risco do Hospital Odilon Behrens.IX. Hospital Júlia Kubitscheck. X.Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher.

NLM: WH 170
CDU: 616

Apresentação

O Projeto Aninha, “Organização e Capacitação dos Cuidadores de Gestantes com Doença Falciforme”, incluído nas ações do Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias (CEHMOB-MG), tem como objetivo central compartilhar, com os profissionais de saúde que lidam com gestantes com doença falciforme, conhecimentos relativos aos diversos cuidados necessários para que essas pacientes recebam um atendimento seguro, responsável e acolhedor. Com essa proposta, foram convidados todos os serviços de pré-natal de alto risco da Região Metropolitana de Belo Horizonte para discutirem a experiência acumulada em anos de atendimento.

O Projeto como um todo engloba também atividades de pesquisa, visando aprofundar o conhecimento das particularidades desta condição na vida da mulher com doença falciforme e assim contribuir para incorporar novas técnicas e procedimentos às rotinas dos serviços.

O presente manual é o primeiro fruto do trabalho deste grupo. Espera-se que ele possa ser de grande utilidade para todos que se preocupam com o atendimento integral à gestante com doença falciforme, aqui incluídos gestores e formuladores de políticas públicas de inclusão social e de democratização do acesso a essa parcela significativa da sociedade brasileira. Em particular, o manual é dirigido não só a hematologistas e obstetras, mas também a enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros profissionais da área da saúde.

Agradecimentos

Este produto não se viabilizaria sem o inestimável apoio da Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (CNPESH) do Ministério da Saúde, que responsabilizou-se pelo financiamento de significativa parcela do projeto, propiciando um melhor desempenho ao trabalho voluntário dos pesquisadores, técnicos e especialistas envolvidos.

Nossos sinceros agradecimentos a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram e ainda estão conosco, oferecendo-nos sua contribuição, seja pelo trabalho, sugestões e críticas construtivas, seja demonstrando simpatia à nossa causa.

Agradecimento Especial

Nosso muito obrigado a todos os profissionais que atuam nos serviços de pré-natal de alto risco da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Sumário

1 Introdução	9
2 Fisiopatologia da Doença Falciforme na Gravidez	12
3 Acompanhamento Hematológico	
3.1 Avaliação inicial	14
3.1.1 Primeira consulta	14
3.1.2 Intervalos entre as consultas	17
3.1.3 Avaliações nas consultas	17
4 Complicações durante a Gestação	
4.1 Crises dolorosas vaso-oclusivas	19
4.2 Síndrome torácica aguda	22
4.3 Agravamento da anemia	22
4.4 Infecções	24
4.5 Sequestro esplênico	25
5 Acompanhamento Obstétrico	
5.1 Intervalo entre as consultas	26
5.2 Exames	26
5.2.1 Colpocitologia oncótica	26
5.2.2 Sorologias	26
5.2.3 Triagem para Diabetes Melito Gestacional (DMG)	26
5.2.4 Outros exames	27
5.2.5 Propedêutica fetal	27
5.3 Assistência ao parto	28
5.4 Cuidados especiais no puerpério	28
5.5 Contracepção	29
6 Aspectos Psicológicos da Gestante com Doença Falciforme	31
7 Direitos da Gestante	32
Referências	35

Sumário

Anexos	
A Anamnese - Entrevista	38
B Avaliação Psicológica	40
C Protocolo de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme: Acompanhamento Obstétrico	42
D Plano de Acompanhamento Obstétrico - Doença Falciforme	43
E Protocolo de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme: Acompanhamento Hematológico - 1ª Consulta	44
F Protocolo de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme: Acompanhamento Hematológico - Retorno	46
G Plano de Acompanhamento Hematológico - Doença Falciforme	48

Introdução

A doença falciforme é uma anemia hemolítica congênita, que muito se difundiu na África, resultante de uma mutação no gene da globina beta, que acarreta a substituição de um aminoácido. Essa substituição dá origem a uma molécula de hemoglobina anômala denominada S (do inglês sickle = foice) que é diferente da hemoglobina predominante em pessoas que não possuem a doença falciforme (hemoglobina A). Esta molécula anômala pode sofrer polimerização, levando à deformidade da hemácia em forma de foice em determinadas situações.

A desoxigenação é o principal fator desencadeante da falcização. Essa deformidade, que pode ser reversível ou não, leva à destruição precoce do eritrócito pelo sistema retículoendotelial do baço e fígado e contribui para que ocorram vaso-oclusões, principalmente, na microcirculação. Esses dois fatores são os principais responsáveis pela sintomatologia clínica da doença falciforme como a palidez, icterícia, úlceras crônicas de pele, dores ósseas, priapismo, hipodesenvolvimento somático e sexual, cálculos biliares e acidente vascular cerebral.

A anemia falciforme, ou drepanocitose, é a principal e mais grave representante das doenças falciformes e decorre da homozigose para a hemoglobina S (Hb SS). Entretanto, a hemoglobina anômala S pode estar associada com outras hemoglobinopatias, como a beta-talassemia (S/b tal), hemoglobina C (Hb SC), hemoglobina D-Los Angeles (Hb SD) e persistência hereditária da hemoglobina fetal (Hb S/PHHF). É importante lembrar que o estado heterozigoto (Hb AS) denominado “traço falciforme” não acarreta nenhuma sintomatologia clínica e só tem importância para aconselhamento genético e em situações especiais, como na gravidez. A literatura aponta maior risco de infecção urinária nas gestantes com traço falciforme. Sendo assim, os serviços que não oferecem o rastreamento universal da bacteriúria assintomática, que é fator de risco significativo para infecções urinárias sintomáticas na gestação, devem garantir a realização de urocultura na primeira consulta de pré-natal dessas gestantes.

Introdução

A anemia falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no Brasil e no mundo. Os estados de maior prevalência são Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Maranhão e Pernambuco. O diagnóstico laboratorial é feito pela eletroforese de hemoglobina ou pela cromatografia líquida de alta performance (HPLC), que revela a presença predominante da hemoglobina S. Essa metodologia é a utilizada nos programas públicos de triagem neonatal (teste do pezinho), tendo sido o estado de Minas Gerais o pioneiro na implantação universal desse exame em 1998. A incidência da doença falciforme no estado é de 72 casos em cada 100.000 nascidos vivos e um portador do traço falciforme para cada 30 nascimentos.

A gestação na doença falciforme está associada com um aumento de complicações clínicas materno-fetais, independentemente do tipo de hemoglobinopatia. A gravidez pode agravar a doença com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises álgicas e infecções. Por outro lado, a doença pode interferir na evolução normal da gestação. Os riscos materno-fetais incluem aumento das crises vaso-oclusivas no pré e pós-parto, infecções do trato urinário, complicações pulmonares, anemia, pré-eclâmpsia e até óbito. Nas complicações fetais observam-se partos pré-termo, restrição do crescimento intrauterino devido à vaso-oclusão placentária, sofrimento fetal durante o trabalho de parto e no parto, além de elevação da taxa de mortalidade perinatal.

Assim, o acompanhamento do pré-natal deve ser diferenciado e iniciado o mais precocemente possível. Preferencialmente, deve ser realizado em serviço com equipe capacitada (obstetras, clínicos, hematologistas, enfermeiros, nutricionistas, anesthesiologistas, entre outros) para diminuir a incidência e tratar adequadamente as complicações e reduzir a mortalidade materna e perinatal.

Este manual tem como objetivo a padronização de condutas e, conseqüentemente, a redução na morbidade e mortalidade fetomaternas em gestações com doença falciforme, além de possibilitar, por meio do

registro sistemático da evolução de várias gestantes, melhor conhecimento da gestação e parto dessas pacientes.

Fisiopatologia da Doença Falciforme na Gravidez

A gravidez é uma situação potencialmente grave para as gestantes com doença falciforme, assim como para o feto e o recém-nascido. A condição de saúde materna já pode estar comprometida antes mesmo da gravidez e ela pode agravar-se, porque a microcirculação placentária é um ambiente com alto grau de desoxigenação da hemoglobina, o que facilita a falcização, estase e infartos placentários, com consequências para a mãe e para o feto.

A placenta da gestante falciforme pode ter seu volume reduzido em virtude da redução do fluxo sanguíneo decorrente da vaso-oclusão. Isso acarreta menor aporte de nutrientes ao feto e anormalidades na integridade da membrana placentária, causando prejuízos tanto ao feto como à gestante.

Há uma piora da anemia pela soma da hemodiluição própria da gravidez com a hemólise das hemácias anômalas. A reposição de folato durante toda a gestação pode auxiliar no controle dessa anemia.

Há uma maior incidência de placenta prévia e de descolamento prematuro de placenta na doença falciforme, cujas causas são ainda pouco conhecidas. O estudo histopatológico das placentas de pacientes com doença falciforme revela maior incidência de fibrose das vilosidades, infartos e calcificações. Essas alterações, por si só, seriam suficientes para explicar as complicações típicas da gestante falciforme. A lesão da microvasculatura placentária pelas hemácias falcizadas pode ser uma das causas da maior incidência de abortamento espontâneo e de restrição do crescimento intrauterino.

A idade gestacional média dos fetos nascidos de mães com doença falciforme é menor do que a dos grupos controles. Os motivos exatos não estão bem elucidados, mas vários eventos associados já citados, tais como, anemia, restrição do crescimento intrauterino, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta contribuem para essa maior incidência de parto pré-termo. A pré-eclâmpsia na gestante

Fisiopatologia da Doença Falciforme na Gravidez

drepanocítica é cerca de cinco vezes mais frequente e pode contribuir para o parto pré-termo.

É importante lembrar que outros fatores independentes, como gestação múltipla, consumo de álcool e drogas, tabagismo, estado nutricional deficiente e ganho de peso materno, infecção urinária e corioamnionite, também contribuem para a ocorrência das complicações já citadas na gestante falciforme.

Acompanhamento Hematológico

3.1 Avaliação inicial

As pacientes grávidas devem ser acompanhadas pela Hematologia e Obstetrícia em serviço especializado em pré-natal de alto risco. É indicada a realização da eletroforese de hemoglobina do parceiro para fins de aconselhamento reprodutivo. Caso o parceiro seja portador do traço falciforme ou de hemoglobinopatia AC, o casal deve ser informado sobre a possibilidade dos filhos virem a ser portadores da doença falciforme ou afetados por ela.

Ainda na primeira consulta, a paciente deve ser encaminhada ao serviço social, de psicologia, odontológico e a outros profissionais do serviço, caso seja necessário. Também deve ser abordado o aspecto do planejamento familiar pelo médico que fará o acompanhamento.

É fundamental que a equipe de saúde à qual a gestante esteja vinculada no nível da atenção primária ou básica a acompanhe durante todo o pré-natal. Os resultados maternos e perinatais podem ser otimizados com o trabalho conjunto entre os Serviços de Referência e a Atenção Básica.

3.1.1 Primeira Consulta

História clínica

Realizar uma avaliação global com atenção especial para complicações renais, hepáticas, cardiovasculares (principalmente hipertensão arterial), aloimunização, dependência química, como abuso de narcóticos, álcool ou tabagismo.

História obstétrica

Obter informações sobre o número de partos e abortos, idade gestacional em que ocorreram, pesos dos recém-nascidos, tipos de parto

Acompanhamento Hematológico

e complicações durante e após as gestações ou abortos.

Exame clínico geral

Além da avaliação habitual, monitorar o peso, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória.

Exames

- Hemograma com reticulócitos;
- Eletroforese de hemoglobina e dosagem de Hb Fetal;
- Eletroforese de hemoglobina do parceiro;
- Dosagem do ferro sérico, índice de saturação da transferrina (IST) e ferritina sérica;
- Creatinina, albumina, bilirrubinas, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, glicose, ácido úrico, ionograma;
- Sorologia: hepatite B e C, anti-HIV, anti-HTLV I/II, VDRL, sorologia para Chagas, toxoplasmose, citomegalovírus e rubéola;
- Urina rotina, urocultura e proteinúria de 24 horas;
- Exame parasitológico de fezes (MIF);
- Fenotipagem eritrocitária (caso a paciente ainda não tenha realizado);
- Pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) para verificar existência de aloimunização (realizada na Fundação Hemominas).

Vitaminas e minerais, por via oral

- Ácido fólico: 1-5 mg por dia;
- Sulfato ferroso, se comprovada ferropenia (pouco frequente, pela exposição prévia a hemotransfusões): 30 a 60 mg de ferro elemento/dia e, em caso de intolerância, 1cp/dia de succinato de ferro ou similar.

Acompanhamento Hematológico

Imunização*

Em gestantes que não estão com o esquema de imunização atualizado, encaminhar para imunização no terceiro trimestre de gestação:

- Vacina antitetânica ou DT – se não recebeu há menos de 5 anos, recomenda-se uma dose, pelo menos 20 dias antes da data provável do parto. Se a história vacinal for incerta, considerar como não vacinada e fazer 3 doses com intervalos de 1 a 2 meses, iniciadas no segundo trimestre da gestação;
- Vacina contra Hepatite B – verificar sorologia e Anti-HBs previamente;
- Vacina Pneumocócica 23 – 1 dose de reforço após 5 anos da 1ª dose;
- Vacina conjugada Meningocócica C – dose única.

*** Encaminhar para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme o tipo de vacina necessária.**

Orientações gerais

A gravidez promove transformações corporais e psicológicas na mulher. Na gestante com doença falciforme, devem ser consideradas as particularidades clínicas e outras questões relacionadas à doença. As intercorrências podem ser graves e complicar a evolução da gravidez.

A melhor maneira de minimizar as complicações é orientar as mulheres sobre o desenvolvimento da gestação, suas dificuldades e intercorrências.

A adesão ao acompanhamento pré-natal com obstetra e hematologista deve ser reforçada, pois contribuirá para a redução de intercorrências que comprometem o resultado da gestação.

É importante que a gestante tenha uma alimentação adequada em intervalos menores e regulares.

Acompanhamento Hematológico

Outro fator relevante é a predisposição à infecção urinária da gestante com doença falciforme. Para diminuir essa complicação, a gestante precisa ser incentivada, ainda mais, a se hidratar e a cuidar da higiene íntima. Além disso, o rastreamento de bacteriúria assintomática na primeira consulta de pré-natal é mandatório, de forma semelhante ao já comentado para pacientes com traço falciforme.

As alterações hormonais da gravidez levam a um aumento do risco de desenvolvimento de doenças periodontais. Dessa forma, a gestante deve ser encaminhada para avaliação e acompanhamento odontológico, desmistificando o medo e a impossibilidade de tratamento odontológico nessa fase. O acompanhamento odontológico deve ser encorajado, pois permite, além da atenção, o incentivo ao autocuidado com a saúde bucal, reduzindo os fatores de risco para intercorrências. A presença de doença periodontal em gestantes com doença falciforme pode potencializar a predisposição a nascimentos pré-termos e recém-nascidos de baixo peso. Por isso, a atenção com a saúde bucal deve ser priorizada.

3.1.2 Intervalos entre as consultas

O intervalo entre as consultas será de, no mínimo, 4 em 4 semanas, devendo ser individualizado, dependendo das complicações da paciente.

3.1.3 Avaliações nas consultas

- Exame clínico geral com monitoração da pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória e peso;
- Repetição mensal de hemograma com contagem de reticulócitos;
- Exames trimestrais: PAI (devendo ser repetido antes ser realizada a hemotransfusão), urocultura, transaminases, bilirrubinas, fosfatase alcalina, LDH, proteínas totais e fracionadas, creatinina e glicemia.

(Quadro 1)

Acompanhamento Hematológico

Quadro 1 – Plano de Acompanhamento Hematológico

Consulta	1ª avaliação	Retorno - 4 em 4 semanas
História / altura / PA	X	
Exame físico / peso / PA	X	X
Hemograma e reticulócitos	X*	Mensal*
Eletroforese Hb com Hb fetal	X	
Fenotipagem eritrocitária	X**	
PAI	X	Xa
Bioquímica: creatinina, ácido úrico, glicose, bilirrubinas, fosfatase alcalina, LDH, TGO, TGP, albumina, zinco	X	3 em 3 meses ou S/N
Sorologia	X	
Urina rotina - Urocultura Proteinúria de 24 horas, se possível	X	3 em 3 meses ou S/N
Avaliação odontológica	X	

* Periodicidade variável, dependendo da evolução clínica.

** Caso ainda não tenha realizado.

Xa: se transfusão de concentrado de hemácias.

Obs.: o intervalo entre as consultas será individualizado, dependendo das complicações apresentadas pela paciente.

Complicações durante a Gestação

4.1 Crises dolorosas vaso-oclusivas

A gestação pode exacerbar a frequência das crises dolorosas, principalmente no 3º trimestre e no puerpério. O tratamento deve ser conduzido como na paciente não-grávida. Os opioides não estão associados com teratogenicidade ou malformações congênitas, devendo ser utilizados quando indicados. O uso, nos dias ou horas que antecedem o parto, pode causar dependência ou sedação do feto, devendo o neonatologista ser alertado. A aspirina e demais anti-inflamatórios não esteroides (AINE) não devem ser usados durante o primeiro trimestre, pois estão associados à maior taxa de abortamento. Alguns estudos sugerem maior risco de ocorrência de defeito de fechamento da parede abdominal do tipo gastroquise nos fetos expostos. Nas doses terapêuticas, os AINEs podem induzir oligoidramnia em todas as fases da gestação, devendo, portanto, serem evitados. Sendo necessário seu uso, está indicado o acompanhamento ultrassonográfico rigoroso do volume de líquido amniótico, pelo menos a cada dois dias. Na utilização do paracetamol, ter atenção quanto à dose e tempo de tratamento, devendo ambos serem minimizados, se possível. (Quadro 2)

As crises que ocorrem no último trimestre podem ser prolongadas e não terem resolução até o parto ocorrer. É importante a vigilância quanto a complicações, como a síndrome torácica aguda, evento muito grave na gravidez.

Orientações gerais

- Tratar prontamente a dor;
- Reduzir o medo e a ansiedade – suporte psicológico;
- Combater a causa desencadeante;
- Estimular a ingestão oral de líquidos;
- Evitar mudanças bruscas de temperatura;
- Aquecer as articulações acometidas;

Complicações durante a Gestação

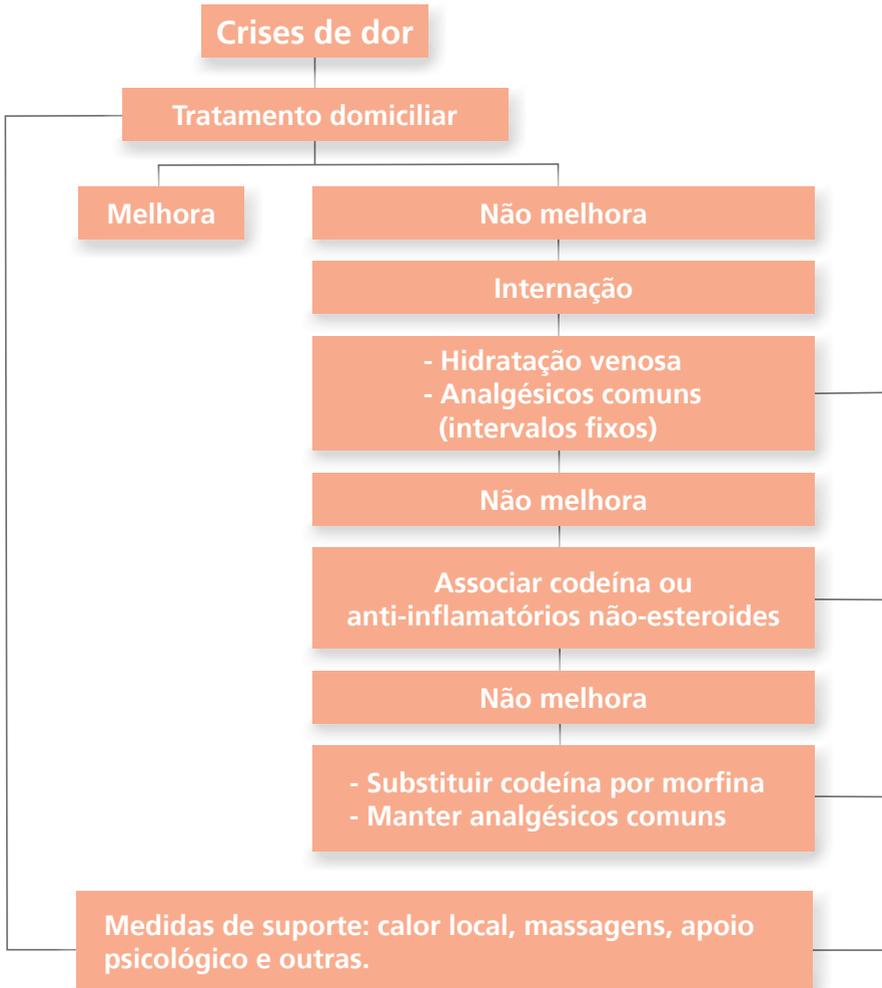
- Hidratar parenteral, se a dor for de moderada a grave, pois, nessa situação, a hidratação oral fica menos confiável;
- Encaminhar para a internação, se a crise de dor persistir por mais de 8 horas após a terapia domiciliar;
- Repouso relativo.

Tratamento hospitalar

- Afastar outras causas de dor, principalmente infecções;
 - Hidratar por via parenteral;
 - Analgésicos: dipirona venosa em intervalos fixos - 500mg de 6/6h ou de 4/4h;
- » Em caso de melhora após 6 horas de regime hospitalar, a gestante poderá ser liberada com prescrição de dipirona;
- » Se não houver melhora após 6 horas de internação, ou em casos de piora da dor:
- Associar codeína - 10 a 20mg, VO de 4/4h ou de 6/6h - ou anti-inflamatório não-esteróide: diclofenaco de sódio* - retal, IV ou VO, 50mg de 8/8h ou de 12/12h;
- » Ausência de resposta à codeína ou ao AINE:
- Manter a dipirona e anti-inflamatório e substituir a codeína por morfina - 10 a 30mg, IV de 3/3h ou de 4/4h - ou metadona - 2,5 a 10mg, VO de 6/6h;
- » Piora da dor após 6 horas com morfina ou metadona: avaliar infusão contínua de morfina.

Complicações durante a Gestação

Quadro 2 – Conduta terapêutica nas crises de dor



Obs.: Não usar aspirina e AINE no primeiro trimestre da gravidez.

*Não utilizar o AINE por mais de 4 dias consecutivos.

Complicações durante a Gestação

4.2 Síndrome torácica aguda

A síndrome torácica aguda é definida como novo infiltrado pulmonar ao exame de radiologia do tórax, envolvendo pelo menos um segmento broncopulmonar em pacientes com hemoglobinopatias SS, SC e S-talassemia. Apresenta pelo menos um dos sintomas: febre, tosse, dor torácica e dispneia. Atelectasia, derrame pleural e hipoxemia são frequentes. A síndrome torácica aguda pode evoluir para síndrome do desconforto respiratório do adulto e morte.

O diagnóstico deve ser precoce para que seja iniciado, o mais rapidamente possível, o tratamento com antibióticos, transfusão de concentrado de hemácias, hidratação, analgesia e oxigenioterapia.

Os antibióticos devem ser iniciados de forma empírica, sem comprovação bacteriana formal, e reavaliados após 72 horas. Usar cefalosporina de terceira geração associada a macrolídeo, exceto a eritromicina na forma de estolato, que é contraindicada na gestação.

A terapêutica transfusional deve ser feita por meio de transfusões simples nos casos clinicamente leves ou quando a hemoglobina for inferior a 6g/dL. Deve ser utilizada a exsanguineotransfusão parcial nos casos graves com envolvimento multilobar, rápida progressão e hipoxemia grave, ou quando a hemoglobina situar-se em níveis acima de 9g/dL (frequente nas pacientes SC), pelo risco de se aumentar a viscosidade sanguínea e a vaso-oclusão.

4.3 Agravamento da anemia

A gestante com doença falciforme já apresenta o volume plasmático cronicamente expandido e a intensidade da exacerbação da anemia na gestação não é bem conhecida. Deve ser ressaltado que o grau de anemia não se correlaciona com resultado fetal adverso, mesmo em pacientes com hemoglobina basal entre 6 e 7 g/dL.

Complicações durante a Gestação

O agravamento da anemia pode estar associado aos seguintes fatores: supressão da medula (“crise aplástica” ou outras causas), infecções e deficiência de vitaminas ou de ferro. Ficar atento quanto ao risco de sequestro esplênico em pacientes que mantêm esplenomegalia.

Indicações de transfusão

A terapia transfusional não deve ser utilizada de forma profilática. As indicações de transfusão podem ser divididas em dois grupos:

Específicas da gestação:

- Pré-eclâmpsia grave;
- Gestação múltipla (indicação para a qual não há consenso);
- História prévia de mortalidade perinatal.

Gerais:

- Queda da hemoglobina para menos de 6g/dL ou do hematócrito em mais de 20% em relação ao valor basal;
- Sinais de descompensação cardíaca;
- Septicemia / bacteremia;
- Insuficiência renal aguda;
- Síndrome torácica aguda;
- Preparo pré-operatório: somente para procedimentos com anestesia geral (objetivo: elevar Hb para 9-10 g/dL).

Devem ser realizadas transfusões simples, se hematócrito < 25% ou exsanguineotransfusão parcial, se hematócrito \geq 25% (pelo risco de aumento da viscosidade sanguínea). Utilizar concentrado de hemácias com HbS negativo, deleucotizado e fenotipado para os antígenos C, D, E e K, se possível.

Complicações durante a Gestação

Solicitar PAI, de preferência, entre o 7º e 14º dia após o procedimento hemoterápico, para monitorar a ocorrência de aloimunização eritrocitária.

4.4 Infecções

As infecções são mais frequentes nos primeiros quatro meses da gravidez, sendo mais observadas as infecções do trato respiratório superior, pneumonia, infecções urinárias por gram-negativos e septicemia por gram-negativos. As penicilinas, cefalosporinas e macrolídeos podem ser utilizados em gestantes.

O agente mais frequente nas pneumonias é o *S. pneumoniae*, mas *Chlamydia* sp também é importante. A paciente pode inicialmente ter sintomas leves, retardando o diagnóstico. A prevenção deve ser feita com as vacinas antipneumococo polivalente, anti-influenza e anti-*H. influenzae* type B, aplicadas antes da gestação.

A bacteriúria assintomática deve ser tratada, pois pode associar-se a maior risco de infecções urinárias sintomáticas, Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) e parto pré-termo.

A hipertensão arterial e pré-eclâmpsia podem estar relacionadas à doença renal pré-existente. Em alguns casos a hemodiálise poderá ser necessária para permitir o desenvolvimento fetal. Nessas situações, o acompanhamento com nefrologista deverá ser realizado concomitantemente.

Deve-se ficar atento para as alterações do sistema nervoso central. Assim, é importante pesquisar história de trombose, hemorragias, hipoxemias, uso continuado de narcóticos, cefaleia e pré-eclâmpsia.

Complicações durante a Gestação

4.5 Sequestro esplênico

O sequestro esplênico pode ocorrer nas pacientes SC ou S-betalassemia que apresentem esplenomegalia, com risco de morte para a mãe e para o feto. Nesses casos, o diagnóstico precoce do sequestro é fundamental. Os sinais mais frequentes são queda brusca da hemoglobina, choque hipovolêmico e aumento do tamanho basal do baço. O tratamento com transfusões de sangue deve ser instituído rapidamente. O exame físico cuidadoso durante o pré-natal, para documentar o tamanho do baço, é importante auxílio no diagnóstico dessa complicação.

Acompanhamento Obstétrico

5.1 Intervalo entre as consultas*

- Até 28 semanas: 3 em 3 semanas;
- De 29 semanas até 34 semanas: 15 em 15 dias;
- De 35 semanas até o parto: semanal.

* Os intervalos devem ser individualizados quando do surgimento de intercorrências clínicas.

5.2 Exames

5.2.1 Colpocitologia oncótica

Realizada de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde para todas as gestantes.

5.2.2 Sorologias*

- » Toxoplasmose (IgG e IgM)
 - Se imune: não é necessário repetir sorologia;
 - Se susceptível: repetir sorologia, pelo menos, trimestralmente.
- » Anti-HIV
 - Solicitar na primeira consulta e repetir no último trimestre.
- » VDRL
 - Solicitar trimestralmente.
- » Hepatite B (HBsAg)
 - Solicitar na primeira consulta.

* Em caso de gestantes com histórico de transfusão, incluir também sorologia para Chagas, Hepatite C e Citomegalovírus.

5.2.3 Triagem para diabetes melito gestacional (DMG)

- » Glicemia jejum ≥ 126 mg/dL → repetir glicemia de jejum → 2 valores

Acompanhamento Obstétrico

- alterados → diagnóstico de diabetes gestacional;
- » Glicemia de jejum < 90 mg/dL: repetir glicemia de jejum após 20 semanas. Se persistir abaixo de 90 mg/dL e na ausência de fatores de risco, encerrar rastreamento;
- » Glicemia de jejum \geq 90 mg/dL ou na presença de fatores de risco: realizar teste de sobrecarga com dextrosol. Em gestantes com glicemia de jejum < 90 mg/dL, o teste de sobrecarga deve ser realizado entre 24 e 28 semanas.

Opções de teste de sobrecarga para rastreamento de DMG

- » Glicemia 2 horas após ingestão de 75 g de dextrosol
 - Glicemia < 140 mg/dL, resultado normal;
 - Glicemia > 140 mg/dL, diagnóstico de diabetes gestacional.
- » Teste de Sullivan (glicemia 1h após 50 g de dextrosol)
 - Pode ser realizado em todas as gestantes com glicemia de jejum normal;
 - Resultado:
 - < 140 mg/dL → rastreamento negativo;
 - \geq 140 mg/dL → rastreamento positivo → solicitar teste oral de tolerância à glicose - TOTG (glicemia jejum, 1h, 2h e 3h após ingestão oral de 100 g de dextrosol);
 - \geq 186 mg/dL → DMG;
 - Interpretação do TOTG;
 - 1 (um) valor alterado: tolerância alterada a carboidratos;
 - 2 (dois) valores alterados: diabetes gestacional.

TOTG - Valores máximos para glicemia	
Tempo	Valores Máximos (mg%)
Jejum	95
60 minutos	180
120 minutos	155
180 minutos	140

* Valores máximos de acordo com Carpenfer

Acompanhamento Obstétrico

5.2.4. Outros exames

» Ver seção 3

5.2.5 Propedêutica fetal

- » Ultrassonografia precoce (realizada até 20 semanas de gestação) para datação;
- » Ultrassonografia morfológica entre 20 e 24 semanas;
- » Ultrassonografia mensal a partir de 28 semanas para avaliação de crescimento fetal e volume de líquido amniótico. Nos casos de crescimento intrauterino restrito (CIUR), o intervalo dos exames será quinzenal;
- » Dopplervelocimetria de artérias uterinas com 28 semanas;
- » Dopplervelocimetria arterial fetal (artéria umbilical e artéria cerebral média) quinzenal a partir de 28 semanas. No caso de artéria umbilical alterada, o exame será realizado semanalmente. Nos casos de CIUR antes de 28 semanas, a avaliação com doppler será iniciada na mesma época do diagnóstico do CIUR;
- » Mobilograma (contagem de movimentos fetais) diário, no terceiro trimestre;
- » Cardiotocografia anteparto semanal a partir de 30 semanas. Nos casos de cardiotocografia anteparto alterada (hiporreativa ou não-reativa) será realizado o Perfil Biofísico Fetal (PBF).

5.3 Assistência ao parto

- Uso liberal de analgesia (preferencialmente conduzir o trabalho de parto com anestesia peridural contínua);
- Reposição de fluidos com cautela, pela possibilidade de comprometimentos cardíaco e pulmonar;
- Manutenção de oxigenação satisfatória com avaliação contínua;
- Monitorização da frequência cardíaca fetal clínica e cardiotocografia (se

Acompanhamento Obstétrico

- necessário, durante a condução do trabalho de parto);
- Indicação obstétrica para via de parto;
- Avaliação da necessidade de hemotransfusão, principalmente, em caso de cesárea, para manter nível de hemoglobina em 9-10g/dL;
- Manutenção da temperatura ambiente da sala, para bem do RN e da mãe falciforme que pode ter complicações próprias da doença em ambiente mais frio.

5.4 Cuidados especiais no puerpério

- Manter boa hidratação;
- Prevenir tromboembolismo: deambulação precoce e uso de meias elásticas;
- Manter analgesia;
- Avaliar necessidade transfusional: piora da anemia por perdas excessivas;
- Reforçar a importância de levar o recém-nascido para controle na UBS (exame clínico, triagem neonatal, vacinação, aconselhamento genético);
- Retornar em no máximo 40 dias para planejamento familiar.

5.5 Contracepção

Método de escolha inicial

- Progestágenos - melhora de parâmetros clínicos (crises de dor, cefaleia) e hematológicos (HbF, deformabilidade da hemácia) devido à inibição da falcização intravascular - Categoria 1 (OMS);
- DIU - Categoria 1 (OMS);
- ACO - etinilestradiol abaixo de 35 µg - Categoria 2 (OMS);
- Injetáveis combinados - Categoria 2 (OMS);
- Adesivos combinados - Categoria 2 (OMS);
- Oferecer salpingotripsia bilateral (STB) para mulheres com prole definida e para aquelas com alto risco de morte em gestações futuras.

	1ª avaliação -	Até 28 semanas 3 em 3 semanas -	29 a 34 semanas 15 em 15 dias -	35 semanas até o parto semanal -
História / altura / exame físico	X			
Peso / PA / IMC	X	X	X	X
Ultrassonografia: - datação - idade gestacional	X	X		
Ultrassonografia morfológica*		X		
Ultrassonografia e doppler/velocimetria			X	15 em 15 dias ou semanais
Hemograma e reticulócito	X	Mensal**	Mensal**	Mensal**
Bioquímica: creatinina, ácido úrico, glicose, bilirrubinas, fosfatase alcalina LDH, TGO, TGP, Ions, albumina, zinco	X	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N
Sorologia	X			
Urina rotina, urocultura	X	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N

* Realizada uma vez entre 22 e 24 semanas.

** Periodicidade variável, dependendo da evolução clínica.

Obs.: o intervalo entre as consultas será individualizado, dependendo das complicações apresentadas pela paciente.

Aspectos Psicológicos da Gestante com Doença Falciforme

A gestação é um período de transição e de grandes transformações não só no organismo da mulher, mas também no seu psiquismo. A expectativa do nascimento de uma criança provoca inúmeros sentimentos na mulher. Neste período, é comum aparecerem dúvidas, medos, angústias, ansiedades e fantasias, muitos deles construídos a partir da história de vida de cada pessoa.

A experiência de gravidez, de parto e de cuidar do filho que nasceu posteriormente, dará à mulher uma nova concepção da vida, mas é também uma importante fonte de estresse, de desorganização interna, de mudanças de papéis e de funções sociais. Durante nove meses, o corpo se transforma e com ele, a própria ideia de mundo.

Para mulheres com doença falciforme, a gravidez é uma situação potencialmente grave, podendo deixá-la ainda mais fragilizada e insegura. Contraditoriamente, este é um tempo de alegrias e plenitude e esse misto de sentimentos também assusta a mulher.

Os serviços de saúde devem informar às futuras mães os riscos da gestação na doença falciforme, mas sua função deve ir além. É preciso que esta mulher, bem como sua família, seja acolhida, que suas dúvidas sejam sanadas e que se ofereça um espaço para falar dos sentimentos surgidos a partir do momento da notícia da gravidez.

É importante que essa paciente seja atendida por uma equipe multiprofissional, a fim de garantir que todos os aspectos da gravidez sejam abordados.

Os profissionais de saúde devem informar as gestantes sobre seus direitos sociais, à saúde, trabalhistas e previdenciários e encaminhá-las para receber as orientações pertinentes.

Direitos da Gestante

Direitos sociais

Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos; prioridade nas filas de atendimento de instituições públicas e privadas; caixas especiais em bancos e supermercados, entre outros.

Direito à saúde

A gestante tem direito a ser chamada pelo seu próprio nome e a ser atendida com respeito e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.

As informações sobre o seu estado de saúde, sobre o desenvolvimento da gestação e resultados dos exames deverão ser registradas no Cartão da Gestante.

O parto é considerado uma urgência e o seu atendimento não pode ser recusado. Se o serviço de saúde não puder atender a parturiente naquele momento, os profissionais de saúde devem examiná-la, antes de encaminhá-la para outro local.

Depois do parto, a mulher tem direito de estar com seu bebê em alojamento conjunto e a receber orientações sobre a amamentação.

A participação do pai durante a gravidez, parto e pós-parto é um direito que deve ser exercido por ele e incentivado pelos profissionais de saúde.

Direitos trabalhistas e previdenciários

A cada consulta ou exame, a gestante tem o direito de receber uma declaração de comparecimento para ter sua falta justificada no trabalho ou escola.

Enquanto estiver grávida, e até cinco meses após o parto, a mulher tem

Direitos da Gestante

estabilidade no emprego e não pode ser demitida, a não ser por “justa causa”. Até o lactente completar seis meses, a mulher tem direito a ser dispensada do trabalho, todos os dias, por dois períodos de 30 minutos, para amamentar.

A mulher tem direito à licença maternidade de 120 dias - recebendo salário integral, férias e 13º salário no mesmo período em que lhe for devido o salário maternidade e, o seu companheiro tem direito à licença paternidade de cinco dias, logo após o nascimento do bebê.

O salário maternidade é devido a partir do oitavo mês de gestação, até 28 dias antes da data prevista para o parto (comprovado por atestado médico) ou da data do parto (comprovado pela certidão de nascimento). As mães adotivas, as contribuintes individuais e facultativas, as empregadas domésticas, as trabalhadoras avulsas, a segurada especial (pescadora) e a trabalhadora rural terão de pedir o benefício nas agências da Previdência Social. Considera-se parto, o nascimento ocorrido a partir da 23ª semana de gestação, inclusive natimorto.

Para concessão do salário maternidade, não é exigido tempo mínimo de contribuição das trabalhadoras empregadas, empregadas domésticas, trabalhadoras avulsas, desde que comprovem filiação nessa condição na data do afastamento ou na data do parto.

Das seguradas que sejam contribuinte individual e facultativa, trabalhadora especial (pescadora) ou rural, exige-se a comprovação de segurada e um período mínimo de contribuição de 10 meses antes do parto nos dois últimos casos, por meio da Colônia de Pescadores e do Sindicato de Trabalhadores Rurais.

Nos abortos espontâneos ou previstos em lei (estupro ou risco de vida para a mãe), será pago o salário maternidade por duas semanas para todas as categorias de trabalhadoras.

Direitos da Gestante

O período de licença poderá ser acrescido de duas semanas antes e/ou duas semanas depois do parto, podendo chegar ao total de 148 dias em caso de gravidez de risco ou situação atípica. Isso deve ser comprovado por laudo médico.

A gestante deve verificar junto à sua empresa / instituição se houve adesão ao programa que garante extensão da licença maternidade por mais 60 dias.

Atualmente, grande número de mulheres é responsável pela manutenção financeira da família por meio de seu trabalho e, com isso, muitas vezes, torna-se impossível a interrupção das suas atividades profissionais durante a gestação. A doença falciforme associada à gestação pode dificultar o desempenho habitual das atividades diárias da mulher, sejam elas profissionais ou domésticas. Assim, deve ser sugerido à gestante que procure escalonar ou priorizar suas atividades, fazendo pausas para descanso, trabalhando no seu próprio ritmo.

Referências

Brasil. Congresso Nacional. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. [Citado em 2009 fev. 02]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/>

Brasil. Congresso Nacional. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Citado em 2009 fev. 02]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/>

Brasil. Congresso Nacional. Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. [Citado em 2009 fev. 02]. Disponível em: http://www.mpdft.gov.br/sicorde/Leg_FED10048_2000.htm

Brasil. Congresso Nacional. Lei n. 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. [Citado em 2009 fev. 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de condutas básicas na doença falciforme. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de condutas básicas na doença falciforme. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

Dauphin-McKenzie N, Gilles JM, Jacques E, Harrington T. Sick cell anemia in the female patient. *Obstet Gynecol Surv.* 2006; 61(5):343-52.

Referências

Os direitos da gestante. [Citado em 2009 fev. 02]. Disponível em: <http://www.gestantes.net/os-direitos-da-gestante>

Gualandro SFM. Gravidez e contracepção na doença falciforme. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciforme. Brasília: Anvisa; 2001.p.137-41.

Hassel K. Pregnancy and sickle cell disease. Hematol Oncol Clin North Am. 2005; 19:903-16.

Koshy M. Pregnancy and sickle cell disease. Blood Rev. 1995; 9:157-64.

Melton CW, Haynes J Jr. Sickle acute lung injury: role of prevention and early aggressive intervention strategies on outcome. Clin Chest Med. 2006; 27(3):487-502.

Phoebe MS, Wanda W, B DR, Denise J. Sickle cell disease in pregnancy: Twenty years of experience at Grady Memorial Hospital, Atlanta, Georgia. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184:1127-30.

Rahimy MC, Gangbo A, Adjou R, Deguenon C, Goussanou S, Alihonou E. Effect of active prenatal management on pregnancy outcome in sickle cell disease in a African setting. Blood. 2000; 96:1685-9.

Rajab KE, Skerman JH. Sickle cell disease in pregnancy. Saudi Med J. 2004; 25:265-76.

Rappaport VJ, Velazquez M, Williams K. Hemoglobinopathies in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2004; 31:287-317.

Rees DC, Olujohungbe AD, Parker NE, Stephens AD, Telfer P, Wright J, British Committee for Standards in Haematology General Haematology Task Force by the Sickle Cell Working Party. Guidelines for the management of the acute painful crisis in sickle cell disease. Br J Haematol. 2003;

Referências

120(5):744-52.

Serjeant GR, Loy LL, Crowther MB, Hambleton IR, Thame M. Outcome of pregnancy in homozygous sickle cell disease. *Obstet Gynecol.* 2004;103:1278-85.

Serjeant GR, Serjeant BE. *Sickle cell disease.* 3rd ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2001.

Tita AT, Biggio JR, Chapman V, Neely C, Rouse DJ. Perinatal and maternal outcomes in women with sickle or hemoglobin C trait. *Obstet Gynecol.* 2007; 110:1113–9.

Zanette AMD. Gravidez e contracepção na doença falciforme. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2007; 29(3):309-12.

Anexos

A – Anamnese - Entrevista

Identificação

Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___
Idade: ___ anos Cor da pele (autodeclarada): _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
Estado civil: Amasiada Casada Divorciada Solteira Viúva

Endereço

Logradouro: _____ N°: ___ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
Telefones: Fixo: (___) _____ Celular: (___) _____
E-mail: _____ Outros contatos: _____

Entrevista

Data da entrevista: ___/___/___ Entrevistador: _____
1º contato com o CEHMOB-MG / Aninha: _____

Informações gerais

Mora com quem? Com o companheiro Com os pais Sozinha
 Outros: _____

O pai da criança é presente na gravidez? Não Sim

Tem outros filhos? Não Sim Quantos: ___ Feminino: ___ Masculino: ___

Nome dos filhos: _____

Observações: _____

Diagnóstico de doença falciforme

Tipo de hemoglobina: SS SC Sbeta° Sbeta+ Não sabe
 Outro: Qual? _____

Há outro membro da família com DF? Não Sim Quem? _____

A família oferece apoio ao tratamento da DF e da gravidez? Não Sim

Já teve acompanhamento psicológico? Não Sim Onde? _____

Início do tratamento da DF: Data: ___/___/___ Onde? _____
Atenção Básica ou PSF a que pertence: _____

Informações sobre a gravidez

Idade Gestacional: _____ Está fazendo pré-Natal? Não Sim

Onde? Município: _____ Local: _____

Médico obstetra assistente: _____

Hematologista assistente: _____

SIS-Pré-Natal: _____

Evolução da gravidez até o dia desta entrevista:

Internação na gravidez: Não Sim Quantas: _____

Anexos

B – Avaliação Psicológica

Data: ____ / ____ / ____ Psicólogo (a): _____

1) Quais os sentimentos surgidos a partir do diagnóstico?

2) Como foi o planejamento da gravidez?

3) Quais são as expectativas quanto à gestação?

4) Qual sua opinião sobre o atendimento do SUS ao paciente com DF?

5) Qual a sua expectativa com relação ao Projeto Aninha?

Percepções da anamnese: _____

Evolução: _____

Anexos

C – Protocolo de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme: Acompanhamento Obstétrico

Data: ____ / ____ / ____ Prontuário: _____
Nome: _____
Hospital: _____

Controle pré-natal obstétrico

Tipo de Hemoglobinopatia: ____ GS: ____ Rh: ____ G ____ P ____ A ____
Filhos vivos: ____ Natimortos: ____ Pré-termo: ____
DUM: ____ / ____ / ____

IG: ____ Peso: ____ PA: ____
UF: ____ BCF: ____ Estática fetal: ____ Edema: ____

:: Ultrassom ::

Data: ____ / ____ / ____ IG (Cr): ____ IG (US): ____ Peso fetal: ____
CA (percentil): ____ Placenta: ____ LA: ____

:: Doppler materno ::

Data: ____ / ____ / ____

	A. uterina direita_	A. uterina esquerda_
A/B		
IP		
Incisura		

:: Doppler fetal ::

Data: ____ / ____ / ____ IG: ____ U/C: ____ Outro: ____

	A. umbilical_	ACM_
A/B		
IR		
IP		

:: Intercorrências ::

D – Plano de Acompanhamento Obstétrico - Doença Falciforme

	1ª avaliação	Até 28 semanas 3 em 3 semanas	29 a 34 semanas 15 em 15 dias	35 semanas até o parto semanal
História / altura / IMC	x			
Exame físico / PA / Peso	x	x	x	x
Ultrassonografia: - datação - idade gestacional	x	x		
Ultrassonografia morfológica*		x		
Ultrassonografia e dopplervelocimetria			x	15 em 15 dias ou semanais
Hemograma e reticulócito	x	Mensal**	Mensal**	Mensal**
Bioquímica: creatinina, ácido úrico, glicose, bilirrubinas, fosfatase alcalina LDH, TGO, TGP, íons, albumina, zinco	x	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N
Sorologia	x			
Urina rotina, urocultura	x	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N	3 em 3 meses ou S/N

43

* Realizada uma vez entre 22 e 24 semanas.

** Periodicidade variável, dependendo da evolução clínica.

Obs.: o intervalo entre as consultas será individualizado, dependendo das complicações apresentadas pela paciente.

Anexos

E – Protocolo de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme: Acompanhamento Hematológico

Primeira Consulta

Data: ____ / ____ / ____ Prontuário: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

:: História clínica ::

Complicações renais: _____

Complicações hepáticas: _____

Cardiovasculares: _____

Hipertensão arterial: Não Sim PA: _____ Aloimunização: _____

Dependência química: Não Sim Tipo: _____

:: História obstétrica ::

Data da menarca: ____ / ____ / ____

Nº de gestações: _____ Nº de abortos: _____ Nº de partos: _____

Idade gestacional: ____ Tipos de parto: _____ Pesos recém-nascidos: _____

Complicações durante e/ ou após as gestações ou abortos: _____

Exame clínico geral

Peso: _____ Pressão arterial: _____

Frequência cardíaca: _____ Frequência respiratória: _____

:: Exames solicitados ::

- Hemograma com reticulócitos
- Eletroforese de hemoglobina e dosagem de Hb Fetal
- Eletroforese de hemoglobina do pai
- Dosagem de ferro sérico, IST e ferritina
- Fenotipagem eritrocitária (caso a paciente ainda não realizou)

- Pesquisa de anticorpo irregular (PAI)
- Creatina Albumina Bilirrubinas TGO TGP LDH
- Fosfatase alcalina GGT Glicose Ácido úrico
- Zinco Ionograma

Sorologia I

- hepatite B hepatite C HIV HTLV I / II sífilis doença de Chagas

Sorologia II

- toxoplasmose citomegalovirus rubéola urina rotina urocultura
- proteinúria de 24 horas exame parasitológico de fezes (MIF)

:: Vitaminas ::

- ácido fólico: 1- 5 mg por dia sulfato ferroso: 2cp/dia (S/N)
- transfusão de CHM Outras: _____

:: Imunização ::

Esquema de vacinação atualizada: Não Sim*

*Encaminhar para atualização no terceiro trimestre da gestação.

- Vacina antitetânica ou DT - se não recebeu há menos de 5 anos, recomenda-se uma dose pelo menos 20 dias antes da data provável do parto. Se a história vacinal for incerta, considerar como não vacinada e fazer 3 doses com intervalos de 1 a 2 meses, iniciadas no segundo trimestre da gestação;
- Vacina contra hepatite B - verificar sorologia e anti-HBs previamente;
- Vacina Pneumocócica 23 - 1 dose de reforço após 5 anos da 1ª dose;
- Vacina conjugada meningocócica C - dose única.

Encaminhar para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) ou Unidade Básica de Saúde para avaliação e indicação das vacinas específicas.

:: Encaminhamento ::

- pré-natal de alto risco avaliação odontológica
- avaliação da psicologia avaliação do serviço social

Anexos

F – Protocolo de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme: Acompanhamento Hematológico

Retorno

Data: ____ / ____ / ____

Prontuário: _____

Nome: _____

Idade gestacional: ____ semanas

:: Evolução clínica ::

:: Resultado dos exames ::

Data: ____ / ____ / ____ PAI: negativo positivo Anticorpo: _____

Data: ____ / ____ / ____

TGO/ TGP: _____ / _____

K: _____

GGT: _____

Na: _____

Albumina: _____

Cl: _____

Bilirrubinas T/ D/ I: _____ / _____ / _____

Ca: _____

LDH: _____

FA: _____

Ácido úrico: _____

P/ Mg: _____ / _____

Ferro sérico: _____

Creatinina: _____

CTLF: _____ IS: _____ %

Glicose: _____

Ferritina: _____

Zinco: _____

Outros: _____

Sorologias

Data: ____ / ____ / ____

HTLV I/ II: _____

Chagas: _____

HVB: _____

HIV: _____

VDRL: _____

HCV: _____

IgG CMV _____
IgM

Toxoplasmose _____

Rubéola _____

Outras: _____

Urina rotina: _____ Data: ____/____/____
Urocultura: _____ Data: ____/____/____
Proteinúria de 24 horas, se possível: _____ Data: ____/____/____
EPF: _____ Data: ____/____/____

:: Exame clínico geral ::

Peso: _____ Pressão arterial: _____
Frequência cardíaca: _____ Frequência respiratória: _____

:: Conduta ::

1. Exames solicitados

- hemograma com reticulócitos creatinina albumina
 bilirrubinas TGO TGP LDH fosfatase alcalina GGT
 glicose ácido úrico zinco ionograma urina rotina
 urocultura proteinúria de 24 horas outros: _____

2. Prescrição

- ácido fólico: 1-5 mg por dia sulfato ferroso: 2cp/dia (S/N)
 transfusão CHM outros: _____

3. Encaminhamento

- pré-natal de alto risco avaliação odontológica avaliação da psicologia
 avaliação do serviço social outros: _____

4. Retorno

Data: ____ / ____ / ____

Anexos

G – Plano de Acompanhamento Hematológico

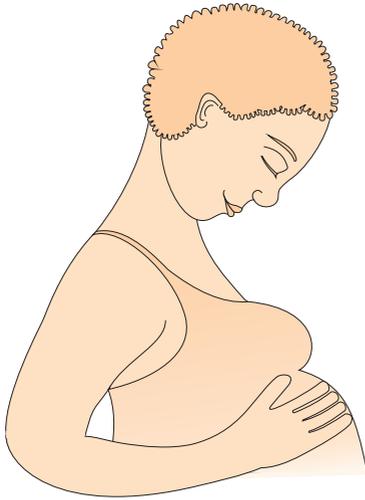
Consulta	1ª avaliação	Retorno - 4 em 4 semanas
História / altura / PA	X	
Exame físico / peso / PA	X	X
Hemograma e reticulócitos	X*	Mensal*
Eletroforese Hb com Hb fetal	X	
Fenotipagem eritrocitária	X**	
PAI	X	Xa
Bioquímica: creatinina, ácido úrico, glicose, bilirrubinas, fosfatase alcalina, LDH, TGO, TGP, albumina, zinco	X	3 em 3 meses ou S/N
Sorologia	X	
Urina rotina - Urocultura Proteinúria de 24 horas, se possível	X	3 em 3 meses ou S/N
Avaliação odontológica	X	

* Periodicidade variável, dependendo da evolução clínica.

** Caso ainda não tenha realizado.

Xa: se transfusão de concentrado de hemácias.

Obs.: o intervalo entre as consultas será individualizado, dependendo das complicações apresentadas pela paciente.



Projeto Aninha

Cuidando da Gestante
com Doença Falciforme

CEHMOB-MG

Endereço

Projeto Aninha / CEHMOB-MG
Av. Francisco Sales, 1715. Santa Efigênia
Belo Horizonte - Minas Gerais
CEP: 30150-220

Telefones

(31) 3244.6460 / 6466 / 6467

Call center CEHMOB-MG

0800.722.6500

E-mail

cehmob@cehmob.org.br

Site

www.cehmob.org.br

Ministério
da Saúde



NUPAD
MEDICINA
UFMG



CEHMOB-MG
Centro de Educação
e Apoio para
Hemoglobinopatias



**Projeto
Aninha**
Clube de Gestão
com Doença Falciforme
COPACOL



Fundação Centro
de Hematologia e
Hemoterapia de
Minas Gerais
HEMOMINAS

