

2015

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
UBS HELENA MARIA,
OSASCO, SP.
UNASUS - UNIFESP

ESTREPTOCOCO B AGALACTIAE / MULHERES GESTANTES / SEPSE NEONATAL



INDICE

1. Processo e Conceito.
2. Períodos da gestação.
3. Adaptação do organismo materno.
 - 3.1 Modificações locais.
 - 3.1.1 Útero.
 - 3.1.2 Vulva e vagina.
 - 3.2 Modificações gerais.
 - 3.2.1 Seios.
 - 3.2.2 Pele.
 - 3.2.3 Coração e vasos sanguíneos.
 - 3.2.4 Digestão.
 - 3.2.5 Excreção urinaria.
 - 3.2.6 Respiração.
 - 3.2.7 Ossos e articulações.
 - 3.2.8 Alterações neuropsíquicas.
 - 3.2.9 Cordão umbilical.
4. Estreptococo do grupo B de Lancefield (*Streptococcus agalactiae*).
 - 4.1 Outros tipos de Estreptococos.
 - 4.2 Infecções maternas pelo Estreptococo B.
 - 4.3 Infecção do RN pelo Estreptococo B.
 - 4.4 Diagnostico.
 - 4.5 Tratamento.
5. Conclusões das pesquisas científicas relacionadas ao EGB nas mulheres gestantes.
6. Justificativa da proposta de intervenção.
7. Objetivos.
8. Metodologia.
9. Estratégias e ações.
10. Avaliação e monitoramento.
11. Resultados esperados.
12. Cronograma de trabalho.
13. Referencias.

1. Conceito

Gravidez corresponde ao período de cerca de nove meses de [gestação](#) nos [seres humanos](#), contado a partir da [fecundação](#) e implantação do ovo no [útero](#) até ao [nascimento](#). Durante este período, o ovo fecundado torna-se um [embrião](#) e é alimentado pela mãe através da [placenta](#). A partir do terceiro mês, o embrião passa a ser designado [feto](#) e apresenta já a forma humana que se desenvolverá até ao nascimento. O [parto](#) ocorre geralmente cerca de 38 semanas após a concepção o que, em mulheres com [ciclo menstrual](#) de quatro semanas, corresponde a aproximadamente 40 semanas após o início do último período menstrual normal. A [gravidez múltipla](#) corresponde à gravidez em que existe mais do que um embrião ou feto, como é o caso dos [gémeos](#).

A concepção pode dar-se através de [relações sexuais](#) ou ser [medicamente assistida](#). Os primeiros sinais que indicam uma possível gravidez são a interrupção da [menstruação](#) e a alteração na forma dos [seios](#). Até às oito semanas, o ser humano em desenvolvimento denomina-se [embrião](#).¹ O desenvolvimento do embrião tem início com a divisão do ovo em múltiplas células e é nesta fase que aparece a maior parte dos órgãos, muitos deles funcionais.²

Ao fim da oitava semana, o embrião adquire a forma humana e passa a ser designado [feto](#).³ É comum a divisão convencional da gravidez humana em três trimestres, de forma a simplificar a referência às diferentes fases do desenvolvimento pré-natal. No primeiro trimestre existe risco acrescido de [aborto espontâneo](#) (morte natural do embrião ou do feto). Durante o segundo trimestre, o desenvolvimento do feto pode ser mais facilmente monitorizado e diagnosticado. O terceiro trimestre é marcado pelo desenvolvimento completo do feto e de [tecido adiposo](#) fetal.⁴ O ponto de [viabilidade fetal](#), ou o momento a partir do qual é o feto é capaz de sobreviver fora do útero, geralmente coincide com o fim do segundo trimestre ou início do terceiro, embora os nascimentos nesta fase apresentam maior risco de doenças e de morte.⁵

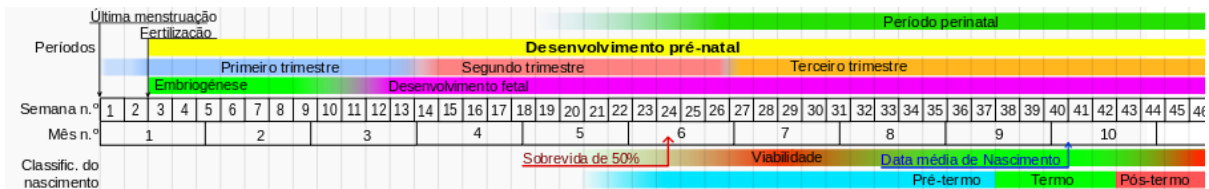
A idade embriológica da gestação é contada a partir da fecundação do óvulo. No entanto, é praticamente impossível a identificação do momento em que ocorreu a fecundação ou a data correta do coito ou da ovulação. Por isso, convencionou-se contar a idade da gravidez a partir de um marco mais fácil de identificar: o primeiro dia do último período menstrual da mulher. Trata-se da [idade obstétrica](#) da gravidez. Quando o clínico ou o ultrassonografista se refere a qualquer idade gestacional, está usando como marco esta data. É evidente que no período entre o início do ciclo menstrual e a fecundação (supostamente ocorrida 14 dias depois do início do ciclo menstrual) ou a [nidação](#) (considerando-se o início fisiológico da gravidez na mulher) não há ainda a gravidez. Trata-se de marcador impreciso, mas é o único disponível.

A idade gestacional (IG) é definida como o tempo transcorrido entre o primeiro dia da última menstruação (DUM) e a data atual, medido em semanas e dias. A duração da gravidez tendo-se como base a DUM é, em média, de 280 dias ou 40 semanas, 10 meses lunares (de 4 semanas). Devemos nos lembrar que a duração da gestação varia segundo as características da mãe e do concepto. Também pode haver imprecisão na caracterização do último período menstrual.

Processo



Em aproximadamente 20% dos casos, observa-se discordância entre a idade gestacional calculada pela DUM e aquela estimada pela [ultrassonografia](#). O exame ultrassonográfico é mais preciso para a avaliação da idade gestacional quando efetuado precocemente. Quanto mais precoce o exame, mais precisa esta avaliação. Nesses casos, se a idade calculada pela DUM se situar dentro da margem de erro da estimativa ultrassonográfica (aproximadamente ± 1 semana no 1º trimestre da gravidez, ± 2 semanas no 2º trimestre da gravidez e ± 3 semanas no 3º trimestre da gravidez), ela é aceita como correta. Caso contrário, utiliza-se a idade calculada pela ultrassonografia como datação para a gestação.



Estágios no [desenvolvimento pré-natal](#) com as semanas e os meses numerados por [idade gestacional](#)

A gravidez pode acontecer assim, a mais comum acontece quando o [pênis](#) penetra a [vagina](#). Quando há uma grande expelição de [esperma](#), alguns [espermatozoides](#) podem conseguir atingir o [óvulo](#). Uma outra forma é pela [fertilização in vitro](#).

Existem outros tipos de gestação como a gravidez ectópica, gemelar bivitelina, gemelar univitelina, gravidez molar, gravidez múltipla, gravidez psicogênica; que não vão ser explicadas porque não estão contempladas dentro do nosso objetivo de estudo. ¹³

2. Períodos da gestação.

- Gravidez a termo - Entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas.
- Gravidez pós-termo - 42 semanas completas e mais.
- Gravidez pré-termo ou prematura - Menos de 37 semanas e mais de 20-21 semanas completas.
- Período de abortamento - Concepto com menos de 500g (gravidez de menos de 20-22 semanas).

3. Adaptação do organismo materno

A presença e o crescimento do feto e da placenta determinam um conjunto de fenômenos adaptativos físicos, hormonais e bioquímicos do organismo materno. Na gravidez ocorre um aumento de todos os [hormônios](#) e ainda surgem outros como a [gonadotrofina coriônica humana](#) (hormônio exclusivo da gravidez) e o [lactogênio placentário](#). O volume e a massa uterinos aumentam e assim determinam o aumento abdominal, o aparecimento de [estrias](#) e as adaptações posturais maternas. Também o [metabolismo](#) energético e de sais minerais se altera com o processo⁶.

3.1 Modificações locais

Estas modificações estão relacionadas aos [órgãos genitais](#), que são afetados tanto pelo crescimento fetal, quanto pelas alterações hormonais vigentes.

Útero

O [útero](#) tem seu volume aumentado em centenas de vezes, sua consistência diminuída e sua massa aumentada de menos de 100g para mais de 1 kg. De piriforme torna-se globoso e, depois da vigésima semana, cilíndrico. Esta última alteração é também chamada de conversão uterina. Seu crescimento na posição inicial de anteversoflexão é acentuado até a décima segunda semana, o que causa compressão da [bexiga](#) e, por isso, aumento da frequência urinária. Após esse período, o crescimento torna-se mais longitudinal e a fixação do [colo sigmoide](#) no [retroperitônio](#) determina uma dextrorrotação do órgão. A acomodação uterina também envolve a [hiperplasia](#) do [miométrio](#), antes [danidação](#), e, após este fenômeno, sua [hipertrofia](#) e seu alongamento, dependente do estiramento das [fibras musculares](#) lisas. O espessamento do [muco](#) cervical, determinado principalmente pela atuação da [progesterona](#), é responsável pela formação da [Rolha de Schröder](#), que isola o ambiente fetal do ambiente externo, como uma proteção contra infecções. A percepção materna do desprendimento desse muco é um sinal de abertura do [colo uterino](#) podendo estar associada à proximidade do [parto](#)^{7 8}.

Vulva e vagina

A [vulva](#) e a [vagina](#) tornam-se flexíveis e edematosas. A secreção vaginal torna-se espessa e esbranquiçada. A coloração torna-se mais acentuada devido ao aumento da vascularização nessas áreas. A vagina se adapta de acordo com o crescimento do feto, tornando-se flexível.

3.2 Modificações gerais

Estas modificações estão relacionadas aos diversos órgãos e sistemas do organismo.

Seios



Mudança nos [seios](#) na gravidez, as principais mudanças são o aumento dos seios e o escurecimento da [aréola](#). A região dos seios é uma das que primeiro sofre modificações. Os seios aumentam de volume e vasos sanguíneos podem ficar visíveis, formando a chamada [Rede de Haller](#). A [aréola](#) fica com uma coloração mais escurecida e surge a aréola secundária ([Sinal de Hunter](#)). [Glândulas sebáceas](#) podem se hipertrofiar no [mamilo](#) e na [aréola](#) ([Tubérculos de Montgomery](#)). Ao final da gestação surgem as primeiras secreções de colostro, líquido fino e amarelado fundamental na alimentação do bebê em seus primeiros dias de vida, pois é rico em anticorpos e pró-vitamina A^{9 10}.

Pele

É comum haver hiperpigmentação da pele com o aparecimento de [cloasma](#) e da [linha nigrans](#) no abdômen. O incremento da vascularização de [folículos pilosos](#) pode promover [hipertricose](#) com o surgimento de pelos finos na face ([Sinal de Halban](#)). O acúmulo de tecido adiposo e o crescimento das mamas e do [útero](#) distendendo o abdome podem provocar o aparecimento de [estrias](#) nessas regiões e nas coxas.

Coração e vasos sanguíneos

Por meio de diversos mecanismos ocorre aumento da [perfusão](#) sistêmica e uteroplacentária. O volume plasmático aumenta progressivamente a partir da sexta semana e o volume de [hemácias](#) aumenta depois da oitava semana. Ambos os volumes tornam-se estáveis nas últimas semanas, mas, como o aumento do volume plasmático é mais precoce e tende a ser mais acentuado do que o aumento do volume de hemácias, ocorre um efeito dilucional responsável pela chamada [anemia](#) fisiológica da gravidez. Para se adaptar a essas alterações também o [coração](#) se [hipertrofia](#), desviando-se para frente e para a esquerda, havendo também o aumento do [débito cardíaco](#). O nível rebaixado da [pressão arterial](#) é conseqüência da diminuição da [resistência vascular periférica](#) por ação do [estrógeno](#) sobre a gênese de vasos, da [progesterona](#) sobre o relaxamento e dilatação dos mesmos, mas também pela diminuição da reatividade vascular aos vasoconstritores endógenos. As alterações envolvendo os [fatores de coagulação](#) preparam o organismo da mulher para o momento do [parto](#) para que haja um rápido controle de [hemorragias](#), mas, em contrapartida, predispõem a um risco aumentado de [trombose](#) durante a gestação e, principalmente, durante o [puerpério](#). A compressão da [veia cava inferior](#) pelo [útero](#) diminui o retorno venoso e predispõe ao surgimento de [varizes](#) nos membros inferiores^{6 11}.

Digestão

A fome, o apetite, a sede e a salivação aumentam durante a gestação. Pode haver perversão do apetite, que é a vontade de comer substâncias não convencionais como terra, giz, argila, carvão, etc. Por outro lado pode ocorrer aversão a certos alimentos. Os episódios de vômitos e os desejos de comer alimentos específicos podem estar relacionados às ações

da [gonadotrofina coriônica humana](#), produzida na placenta. Os efeitos relaxantes da [progesterona](#) sobre as [fibras musculares](#) lisas, presentes em todo o sistema gastrointestinal, determinam a predisposição da gestante a [refluxo gastroesofágico](#) e [regurgitação](#), por diminuição da função do [cárdia](#), sensação de plenitude gástrica e saciedade, por aumento do tempo de esvaziamento gástrico e da diminuição da contratilidade da [vesícula biliar](#), e [constipação intestinal](#) e aparecimento de [hemorroidas](#) por diminuição dos [movimentos peristálticos](#) intestinais⁶.

Excreção urinária

Em decorrência do aumento do fluxo sanguíneo, há uma elevação da [taxa de filtração glomerular](#) e o aumento da função renal. O organismo passa a reter mais [sódio](#) e água, o que arredonda as formas corporais da gestante. A dilatação do sistema coletor urinário principalmente do lado direito, em decorrência da dextrorrotação uterina, mas também por relaxamento de [fibras musculares](#) lisas, induzido pela [progesterona](#), predispõe à formação de [cálculos renais](#) e a infecções do [trato urinário](#).

Respiração

O crescimento do [útero](#) em direção ao [tórax](#) e o aumento volumétrico do [coração](#) diminuem o volume pulmonar. Isto é parcialmente compensado pelo aumento do diâmetro da [caixa torácica](#). Além disso, a [progesterona](#) atua nos centros respiratórios do [bulbo raquidiano](#), elevando a frequência respiratória, o que contribui para o aumento das trocas gasosas na [placenta](#). Nas vias aéreas superiores pode haver [rinite](#) vasomotora com consequente obstrução nasal, devido à retenção hídrica e aumento do aporte sanguíneo nessa região⁶.

Ossos e articulações

A mudança do eixo da [coluna vertebral](#) na gestação relaciona-se à acentuação da [lordose](#) lombar e à mudança do padrão de marcha materna, chamada de anserina por se assemelhar ao andar de um pato. Com a retenção hídrica, os [ligamentos](#) e as [cartilagens](#) tornam-se mais elásticos, o que prepara a [pelve](#) para o momento do [parto](#), mas aumenta o risco de [luxações](#), [entorses](#) e [fraturas](#) em membros e outras regiões⁶.

Alterações neuropsíquicas

Pode haver aumento da [sonolência](#), dificuldade de concentração, labilidade emocional, [ansiedade](#), insegurança e falta de [libido](#). As alterações hormonais podem estar relacionadas com a origem dessas alterações. [Desmaios](#) podem ocorrer em virtude das alterações na distribuição sanguínea.

Cordão umbilical

Projetado do que será o umbigo do bebê, canal através do qual a criança recebe a alimentação.

4. Estreptococo do grupo b de lancefield (*streptococcus agalactiae*)

O Estreptococo do grupo B de Lancefield (*Streptococcus agalactiae*) é uma bactéria comum, presente na região genital de 1 em cada 3 mulheres grávidas. O *Streptococcus agalactiae* é normalmente inofensivo em adultos e em indivíduos saudáveis, porém, pode causar doença grave em bebês e pessoas com sistema imunológico comprometido, incluindo nestes grupos pacientes com diabetes grave, câncer e problemas do fígado.

Apesar de ser encontrado habitualmente na região genital feminina, o Estreptococo do grupo B não é uma DST, ou seja, não é uma bactéria transmitida pela via sexual. A maioria das mulheres com a região vaginal colonizada foi contaminada por Estreptococos que vieram do seu próprio intestino ou da região retal.

Nos recém-nascidos, a infecção pelo *Streptococcus agalactiae* pode ocorrer ainda dentro do útero, por invasão do líquido amniótico, conhecido popularmente como bolsa d'água, ou somente na hora do parto, durante a passagem pelo canal vaginal. Esta última via é a mais comum.

O Estreptococo B é diferente das outras espécies de Estreptococos que habitualmente provocam doenças, como pneumonia, meningite, amigdalite, escarlatina, impetigo, etc.¹⁴

4.1 Exemplos de Estreptococos diferentes do *Streptococcus agalactiae*

1. O Estreptococo do grupo B pode até causar pneumonia ou meningite em recém-nascidos, mas a espécie de Estreptococo mais relacionado a estas infecções nos adultos é o *Streptococcus pneumoniae*, também conhecido como pneumococo.

2. O *Streptococcus viridans* é outra espécie, diferente do Estreptococo do grupo B, que costuma estar relacionado à endocardite infecciosa.

3. O Estreptococo do grupo A, conhecido com *Streptococcus pyogenes* é responsável por diversas doenças, entre elas: Faringites e amigdalites, Erisipela, Escarlatina, Impetigo, Febre reumática.

A infecção pelo *Streptococcus agalactiae* durante a gravidez está associada a uma variedade de potenciais riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê.¹⁴

4.2 Infecção urinária por *Streptococcus agalactiae* na gravidez

Entre 10% a 30% das grávidas apresentam colonização da urina pela bactéria *Streptococcus agalactiae*. Em algumas destas gestantes, a bactéria provoca infecção da bexiga, conhecida como cistite, ou pielonefrite, que é a infecção dos rins. A maioria das pacientes, porém, não apresenta infecção urinária, apenas colonização da urina pelo Estreptococo do grupo B.

O problema é que a bacteriúria assintomática, nome dado à simples presença da bactéria na urina sem sinais ou sintomas de infecção urinária, é um grande fator de risco para complicações na gestação, tais como, parto prematuro, aborto e contaminação do líquido amniótico.¹⁴

Infecção do líquido amniótico pelo *Streptococcus agalactiae*

A infecção da placenta é uma invasão bacteriana do líquido amniótico, membranas fetais ou placenta. Os sinais e sintomas da corioamnionite incluem febre, dor no útero, aumento da frequência cardíaca fetal e presença de pus no líquido amniótico.

A infecção do líquido amniótico ocorre geralmente durante a rotura da bolsa no início do trabalho de parto em mulheres colonizadas pelo Estreptococo B. Trabalhos de parto prolongados, com várias horas de duração, ou casos de roturas prematuras da bolsa, são aqueles com maior risco. Todavia, a corioamnionite pode surgir antes da rotura da placenta, como nos casos de grávidas com infecção urinária, principalmente pielonefrite.¹⁴

Infecção do útero pelo *Streptococcus agalactiae*

A infecção da parede do útero ou endometrite, é uma complicação que pode ocorrer após o parto das gestantes contaminadas pelo Estreptococo do grupo B. Dor abdominal, febre e sangramento uterino são sinais e sintomas que sugerem uma infecção no período pós-parto. ¹⁴

4.3 Infecção do recém-nascido pelo estreptococo do grupo B

Apesar dos riscos da mãe desenvolver complicações pelo *Streptococcus agalactiae*, a grande preocupação é sempre a contaminação do bebê durante o parto. A transmissão da bactéria se dá habitualmente após a rotura da bolsa ou durante a passagem do bebê pelo canal vaginal.

As complicações derivadas da infecção neonatal podem ocorrer precocemente, nas primeiras horas de vida do bebê, ou tardiamente, somente semanas depois do parto.

A infecção precoce do recém-nascido pelo Estreptococo do grupo B é aquela que ocorre dentro dos primeiros 7 dias de vida, habitualmente dentro das primeiras 24 horas, e se manifesta como um quadro de pneumonia, meningite ou sepse sem ponto de partida definido.

Febre, dificuldade para mamar e dificuldade respiratória são os sintomas mais frequentes neste tipo de infecção. Crise convulsiva, fraqueza ou rigidez muscular também podem ocorrer. A mortalidade nos casos precoces é de cerca de 3% nos bebês nascidos com mais de 37 semanas e de 20% nos bebês prematuros.

A infecção tardia do recém-nascido pelo Estreptococo do grupo B é aquela que ocorre após a primeira semana de vida. Sepse e meningite são as apresentações mais comuns. A mortalidade nos casos tardios é de cerca de 2% nos bebês nascido com mais de 37 semanas e de 6% nos bebês prematuros.

É importante destacar que nem todo bebê nascido de mães colonizadas pelo Estreptococo do grupo B irá apresentar problemas. Na verdade, apenas 1 em cada 200 são infectados e desenvolvem doença. ¹⁴

4.4 Diagnóstico do estreptococo do grupo b

Para impedir a infecção neonatal pelo Estreptococo do grupo B é importante que a bactéria seja identificada e tratada antes do trabalho de parto. Durante a gravidez, toda gestante é submetida a um exame de urocultura à procura de bactérias na urina. Se for identificada bacteriúria, ou seja, presença de bactérias na urina, o obstetra instituirá tratamento antibiótico adequado para eliminação das mesmas.

Entre a 35ª e 37ª semanas de gestação os obstetras fazem habitualmente o **exame do cotonete**, que consiste na obtenção de material da vagina e do ânus com uma espécie de cotonete para pesquisar a presença do Estreptococo do grupo B.

Se o exame for positivo, significa que a mãe está colonizada. De forma imediata, porém, não há risco elevado nem para a mãe nem para o feto, pois a contaminação do bebê ocorre, na imensa maioria dos casos, somente no momento do parto. Estar colonizada pelo *Streptococcus agalactiae* significa apenas que será necessária a administração de antibiótico durante o parto para impedir a transmissão da bactéria para o feto.

O teste do cotonete só é feito no final da gravidez porque a colonização da vagina pelo Estreptococo B pode desaparecer sozinha ao longo da gestação. E mesmo que ele seja tratado no início da gravidez, a bactéria pode retornar ao longo dos meses. Além disso, excetuando-se os casos de infecção urinária, a grande maioria das mulheres colonizadas não

apresenta complicações durante a gravidez. Por isso, se o exame de urina for negativo, ter a bactéria durante a gestação não acarreta em maiores problemas. O importante mesmo é saber se o *Streptococcus* do grupo B está presente na hora do parto, e não meses antes.

A coleta do material vaginal e retal é indolor e o resultado fica pronto em 2 ou 3 dias. Não é recomendado banho ou higiene íntima antes da coleta. ¹⁴

4.5 Tratamento do estreptococo do grupo B

Toda mulher com teste do cotonete positivo deve ser tratada com antibióticos no momento do parto. Sem antibióticos, cerca de 1 em cada 200 bebês fica doente com o *Streptococcus agalactiae*. Com o uso de antibióticos, a incidência cai para 1 em cada 4000 recém-nascidos, tornando, atualmente, a infecção neonatal pelo *Streptococcus* do grupo B um evento raro.

O antibiótico é administrado por via venosa durante o trabalho de parto. Os dois mais usados são a penicilina ou a ampicilina, que devem ser administradas a cada 4 horas até o nascimento do bebê.

O tratamento com antibióticos não precisa ser feito se o parto for cesariano e não houver rompimento da membrana placentária. Neste caso, não há risco das bactérias presentes no canal vaginal chegarem até o bebê. Entretanto, se a membrana romper antes da cesariana ser iniciada, a administração de antibiótico está indicado. Tanto a ampicilina quanto a penicilina são antibióticos seguros para o bebê. ¹⁴

5. Conclusões de pesquisas do EGB nas mulheres gestantes.

O *Streptococcus* do grupo B (EGB) é a causa mais comum de infecção neonatal no reino unido, a apresentação clínica mais comum foi a sepsse com um índice de mortalidade de 6%, se considera que as estratégias de prevenção profiláticas para evitar as infecções causadas pelo EGB ainda são de baixo impacto no reino unido. ¹⁵

Um importante avanço nas últimas três décadas em contra do EGB, foi a implementação da triage universal assim como a identificação de mães portadoras ou com fatores de risco, com o uso subsequente de antibiótico profilático intraparto. A estratégia proporcionou uma redução significativa da doença de 1,5 para 0,3/1,000 nascidos vivos nas últimas 3 décadas nos EUA. ¹⁶

A colonização prévia do EGB é um fator de risco para colonizações em futuras gestações, deve ser considerada a quimioprofilaxia em mulheres com história de EGB positiva, devido ao estado de risco. ¹⁷

A incidência de infecções neonatais pelo EGB é de 0,90 casos por cada 1,000 nascidos vivos de mulheres com resultado positivo para EGB e de 0,48 casos por cada 1,000 nascidos vivos de mães com resultado negativo para EGB, a pesar da incidência tão baixa deve ser considerado o tratamento profilático. ¹⁸

Um estudo realizado na Coreia do Sul, confirmou que a taxa de prevalência do EGB nas mulheres grávidas era de 10%, considerado o porcentagem mais alto já reportado no país, o sorotipo III foi o mais comumente achado, concluiu que o incremento das gestantes portadoras do EGB assim como o sorotipo III estão diretamente relacionados ao recente incremento da infecção tardia neonatal pelo EGB. ¹⁹

Num estudo realizado no Ceará, Brasil, para analisar a prevalência de *Streptococcus agalactiae*, um estreptococo do Grupo B, em gestantes e seus possíveis fatores de risco, bem como o impacto perinatal e a suscetibilidade antimicrobiana das colonizadas, após estudar 213 gestantes com isolamento das amostras positivas, foram consideradas variáveis

socioeconômicas, reprodutivas, obstétricas e neonatais. Neste estudo foi concluído que a taxa de infecção foi inferior comparada a outros estudos, além da presença de uma alta resistência aos antibióticos, mas são necessários novos estudos no Brasil para validar estes resultados.²⁰

6. Justificativa da proposta de intervenção.

A UBS Helena Maria localizada na zona norte da cidade de Osasco, SP, atende uma população de mais de 30,000 usuários cadastrados, atende mais de 250 gestantes mensalmente e mediante os resultados de rotina do pré-natal, foi percebida a alta incidência dos resultados positivos do estreptococo B agalactiae das amostras vaginal e retal, neste grupo de mulheres gestantes.

Por tanto, o presente projeto tem o objetivo de propor a estratégia de intervenção, que consiga diminuir as complicações da infecção materna e neonatal do estreptococo B agalactiae, nas mulheres gestantes devido as graves complicações por este micro-organismo.

7. Objetivos

Geral

Conscientizar a população gestante, da importância do exame do cotonete para evitar complicações neonatais como a sepse neonatal na UBS do bairro Helena Maria, município de Osasco, SP.

Específicos

1. Identificar o nível de conhecimento sobre o exame do cotonete nas gestantes.
2. Propor ações de educação para prevenir e diminuir a incidência de sepse neonatal a partir do exame do cotonete nas gestantes.

8. Método

Cenário de estudo

A proposta de intervenção será realizado na área de abrangência da equipe dois da UBS Helena Maria, Osasco, SP.

Esta UBS atende uma população de 35,720 usuários e se encontra localizada ao norte do município, conta com 3 equipes da ESF, uma equipe do consultório de rua e oferece atendimento especializado de psicologia, enfermagem, pediatria, ginecologia, medicina familiar, odontologia e uma farmácia para entrega de medicamentos.

Sujeitos envolvidos

Os integrantes da equipe 2 da ESF da UBS Helena Maria e as mulheres gestantes correspondentes da microarea.

As ações propostas serão desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar composta pelo médico, enfermeiro e o agente comunitário de saúde.

9. Estratégias e ações

A Proposta de intervenção será realizada em 3 etapas:

1. Capacitação de todos os membros da equipe de saúde, tendo como foco prioritário os agentes comunitários de saúde, considerando que as visitas domiciliares nas gestantes poderão contribuir substancialmente para orientar as mulheres gestantes a respeito da importância de realizar o exame do cotonete e assim evitar quaisquer complicações neonatais.
2. Aplicar um questionário para avaliar os conhecimentos das mulheres gestantes, sobre a pesquisa do streptococo B agalactiae durante a gestação assim como as possíveis complicações neonatais e o tratamento hospitalar.
3. Realizar palestras educativas nas mulheres gestantes e em idade reprodutiva.

10. Avaliação e monitoramento

- Aplicar um questionário para avaliar os conhecimentos obtidos pelas mulheres gestantes e pelos ACS que participaram nos treinamentos.
- Monitorar nas consultas do pré-natal a realização do exame do cotonete e solicitar nos casos necessários a realização do exame.

11. Resultados esperados

- Promover uma evolução do processo de trabalho, contribuindo para uma mudança da cultura organizacional de forma que as consultas individuais como os atendimentos coletivos sejam espaços de interação entre os profissionais e os pacientes, de forma que se conheçam melhor suas expectativas, crenças, medos, anseios e se desenvolva o empoderamento para o autocuidado dos pacientes.
- Reduzir a incidência das complicações causadas pelo *Streptococo B agalactiae* nos pacientes neonatais mediante a promoção do exame do cotonete, que ajuda no diagnóstico e tratamento precoce nas gestantes.
- Incrementar os conhecimentos das mulheres em idade reprodutiva e as gestantes para ressaltar a importância de realizar o exame do cotonete para evitar qualquer complicação neonatal.

12. Cronograma de trabalho

Atividades	2015						
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Elaboração do Projeto	X	X	X				
Aprovação do Projeto				X			
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados					X	X	
Discussão e Análise dos Resultados						X	
Revisão final e digitação						X	
Entrega do trabalho final							X
Socialização do trabalho							X

13. Referências.

1. [Ir para cima↑](#) Dicionário de termos médicos da Porto Editora. [Embrião](#). Visitado em 4 de julho de 2014.
2. [Ir para cima↑](#) [Infopédia](#), enciclopédia de língua portuguesa da Porto Editora. [Gravidez](#). Visitado em 4 de julho de 2014.
3. [Ir para cima↑](#) Dicionário de Termos Médicos da Porto Editora. [Feto](#).
4. [Ir para cima↑](#) [Trimester definition](#) (27 de abril de 2011).
5. [Ir para cima↑](#) The American College of Obstetricians and Gynecologists. (Setembro de 2002). "ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Perinatal care at the threshold of viability". *Obstet Gynecol* **100**: 617–24. [PMID 12220792](#).
6. ↑ [Ir para: a b c d e](#) [Carrara HHA, Duarte G. Semiologia obstétrica. Medicina Ribeirão Preto, 29, 88-103, jan-mar. 1996.](#)
7. [Ir para cima↑](#) Berek JS *et al.* Berek & Novak. Tratado de Ginecologia. Guanabara Koogan, 2008.
8. [Ir para cima↑](#) [Amigas do parto. FAQ Secreções vaginais durante a gestação e parto.](#) acessado em 5 de setembro de 2010
9. [Ir para cima↑](#) [Modificações no organismo da mulher em função da gravidez](#) acessado em 6 de setembro de 2010
10. [Ir para cima↑](#) Ricco RG, Almeida CAN, Ciampo LA. Temas de pediatria, 80, Puericultura, Nestlé Nutrição infantil, 2005.
11. [Ir para cima↑](#) Hoffbrand AV, Moss PAH, Pettit JE. Fundamentos em Hematologia. Artmed, 2008.
12. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gravidez> Conceito de gravidez, tipos, evolução e modificações.
13. <http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/gravidez>
14. <http://www.mdsaude.com/2013/08/estreptococos-b.html>
15. <http://fn.bmj.com/content/95/1/F72>
16. <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1332804>
17. <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1326981>
18. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0756.2011.01830.x/abstract>
19. <http://www.degruyter.com/view/j/jpme.2010.38.issue-4/jpm.2010.050/jpm.2010.050.xml>
20. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0100-72032011001200004